WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

Nr 4 · 1939

W przeszło 800 pracach naukowych uznali klinicyści i lekarze praktycy wyniki leczenia otrzymane przez

PRONTOSIL

we wszystkich zakażeniach paciorkowcowych

Równą skuteczność wykazuje Prontosil w zakażeniach gronkowcowych i zakażeniach prątkiem okrężnicy.

Prontosil jest przodującym lekiem chemoterapeutycznym w zapaleniu pęcherza moczowego, zapaleniu miedniczek nerkowych, róży, posocznicy, posocznicy poporodowej i po poronieniu, w zapaleniu gardła, zapaleniach stawów, zapaleniu opon mózgowych.

OP. ORYG.:

Prontosil rubrum

tabletki	10 szt.	po 0,3 g	. . . . .	zł	4.30
„	20 „	„ 0,3 „	. . . . . .	„	7.70
„	250 „	„ 0,3 „ op. klin.	. . .	„	72.—

Prontosil solubile 5% „forte"

5 amp.	po 5 cm^3	. . . .	zł	7.—
25 „	„ 5 „ op. klin.	. . . . .	„	28.—

BAYER



TREŚĆ:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE:

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

MIESIĘCZNIK KWIECIEŃ

ROK X 1939 NUMER 4

Prof. Dr FRANCISZEK VENULET.

O KONSTYTUCJI ALERGICZNEJ I NAPADOWYCH ZABURZENIACH CZYNNOŚCI SERCA NA TLE ALERGII PRZEWODU POKARMOWEGO

(Ref. z Medycyny zesz. 1. str. 1, 1939).

Według nowoczesnych poglądów rzeczą niemożliwą jest utrzymanie odrębności między anafilaksją i idiosynkrazją. Dotychczas zasadnicza różnica między anafilaksją i idiosynkrazją polegała na spostrzeżeniu, że anafilaksja jest wynikiem czynników zewnętrznych a idiosynkrazja jest zjawiskiem czysto konstytucjonalnym, niezależnym od wpływów zewnętrznych. Badania przeprowadzone w ostatnich latach, m. in. przez *Hirszfeldową* i *Prokopowicz-Wierzbowską*, wykazały brak zasadniczej różnicy między bierną anafilaksją i bierną idiosynkrazją. Pomimo to jednak, czynnik konstytucjonalny, przeważający w idiosynkrazji, nie zatracił swego znaczenia. Konstytucja alergiczna jest dzisiaj pojęciem utrwalonym. Utożsamia się ją ze skazą wysiękową, gdyż obie cechuje zdolność do odczynów hiperergicznych, wzmożona przepuszczalność naczyń krwionośnych, skłonność skóry i błon śluzowych do wysięków oraz łatwość powstawania skurczów mięśni gładkich.

Dalszymi ważnymi cechami konstytucji alergicznej są: chwiejność psychiki i układu hormonalno-wegetatywnego z przewagą wagotonii, przesunięcie równowagi kwaso-zasadowej w kierunku zasadowym, obniżenie poziomu cukru krwi, upośledzenie czynności odtruwającej wątrobę, ew. wadliwe rozszczepienie pokarmów. Zewnętrznie cechuje konstytucję alergiczną typ leptosomiczny lub asteniczny, a psychicznie — schizotymiczny.

Konstytucja alergiczna polega na odziedziczonej zdolności do łatwego samouczulenia się *(Hansen)*. Swoiste reaginy nie są przekazywane dziedzicznie, a stany alergiczne rodziców i dzieci tylko wyjątkowo występują w tej samej postaci. Im silniejszy jest patologiczny czynnik konstytucjonalny, tym słabsze bodźce wystarczają do powstania schorzenia.

Sprawy alergiczne charakteryzuje duża rozpiętość odczynów: od zwykłego znużenia aż do ogólnego ciężkiego wstrząsu. Znane są ciężkie i uporczywe schorzenia dróg oddechowych (astma oskrzelowa) oraz przewodu pokarmowego (wymioty, zaparcia, biegunki, skurcze, wrzody, kolka wątrobowa) na podłożu alergicznym. Zaburzenia układu krwionośnego na tle alergicznym, poznane dopiero w ostatnich latach, występują pod postacią zaburzeń czynnościowych, jako skurcze dodatkowe, częstoskurcz napadowy, trzepotanie przedsionków, stany dusznicowe.

Autor, opierając się na własnych spostrzeżeniach, przytacza kilka przypadków zaburzeń układu krwionośnego na tle alergicznym, omawiając równocześnie sposoby ich leczenia.

Przypadek 1. Lekarz, l. 59, od szeregu lat cierpi na napadowe skurcze dodatkowe komorowe. Napady arytmii pojawiają się przy końcu zimy i trwają do lata. W roku bieżącym jako czynnościowe zaburzenie serca wystąpiło trzepotanie przedsionków. Napady trzepotania występują zazwyczaj w drugiej połowie dnia, podczas lub po obiedzie lub kolacji, ustępują zaś nagle po 2 — 3 godzinach. Niekiedy napad ma miejsce w 2—3 godziny po jedzeniu, względnie bezpośrednio przed jedzeniem. Zazwyczaj napady trzepotania poprzedza gwałtowna bębnica, której towarzyszy silne odbijanie powietrzem. Przed bębnicą nie chroni chorego ani najoględniejsza dieta, ani węgiel, ani odkażenie jelita. Zaburzeniom serca nie zapobiegają: chinidyna, strychnina, gynergen, środki kojące. Napady, następujące zwykle co drugi dzień, trwają od miesiąca i spowodowały zupełne wyczerpanie psychiczne i fizyczne. Ze względu na podejrzenie, że zaburzenia sercowe zostały spowodowane przez zaburzenia przewodu pokarmowego, pochodzenia alergicznego, zastosowano w celu odczulenia preparat F-my Bayer „Torantil". Torantil jest peptonem, otrzymywanym z błony śluzowej jelita cienkiego. Od chwili rozpoczęcia leczenia Torantilem (3 razy dziennie po 1 drażetce na 15 minut przed jedzeniem) wzdęcia i dolegliwości sercowe wystąpiły tylko dwukrotnie: pierwszego dnia podczas obiadu, po pierwszym zażyciu jednocześnie dwóch drażetek oraz czwartego dnia wieczorem. Wszystkie inne leki zostały odstawione. Poprawa postępowała tak szybko, iż wywołało to zdumienie zarówno leczonego jak i otoczenia. Przygnębienie zupełnie ustąpiło, chory zaczął przybierać na wadze i przez szereg miesięcy czuł się doskonale.

W przypadku tym uderza zbieżność wystąpienia bębnicy i zaburzeń czynności serca, napadowość obu tych zjawisk oraz występowanie ich w tej samej porze roku. Początkowo zaburzenia serca miały charakter niemiarowości ekstrasystolicznej, następnie przeobraziły się w trzepotanie przedsionków z blokiem czynnościowym układu przewodzącego serca. W roku ubiegłym zaburzenia ustąpiły po usunięciu z jadłospisu surowych owoców, powróciły jednak po miesiącu; w roku bieżącym powstrzymanie się od spożywania surowych owoców zupełnie nie odbiło się na stanie chorego. Nie udało się uchronić go przed bębnicą, pomimo usunięcia z pożywienia wszystkich pokarmów sprzyjających jej powstawaniu, nie pomogły też zwykłe środki usuwające bębnicę. Dopiero zastosowanie Torantilu odczuliło przewód pokarmowy, znajdujący się w stanie alergii. Ponieważ chory przez dłuższy czas cierpiał na dyspepsję fermentacyjną, mogło wskutek długotrwałego podrażnienia nastąpić uszkodzenie bariery jelitowej, sprzyjające przenikaniu do ustroju niezupełnie rozszczepionych substancji białkowych.

Bębnica należy do najczęstszych przejawów alergii żołądkowo-jelitowej. W przeciwieństwie do bębnicy pospolitej, bębnica alergiczna rozwija się niezwykle szybko przy jednoczesnym uporczywym odbijaniu powietrzem. Powstaniu bębnicy alergicznej nie zapobiega usunięcie pokarmów wytwarzających gazy,

ani też podawanie środków przeciwbębnicowych. Mechanizm powstawania bębnicy alergicznej zależy prawdopodobnie od trujących związków histaminowych, utożsamianych z jadem alergicznym.

Działanie Torantilu ma polegać na unieszkodliwieniu jadów, powstających podczas zetknięcia się tkanek alergicznych z odnośnym alergenem. W błonie śluzowej jelit cienkich i grubych znajdują się ciała, obdarzone swoistą zdolnością rozkładania histaminy. Biologiczna metoda standaryzacji Torantilu polega na bezpośrednim określeniu własności odtruwania histaminy.

Przypadek 2. Dotyczy również lekarza. Wiek l. 60. W lutym r. b. nagłe trzepotanie przedsionków serca przy jednoczesnym zwolnieniu tętna. Bóle w okolicy serca i pod lewym łukiem żebrowym, promieniujące do lewej łopatki i lewej kończyny górnej, połączone z drętwieniem V i IV palca lewej ręki. Zaburzenia w trawieniu: nagłe zaparcie stolca i wzdęcia, nie dające się usunąć. Stan ten trwa od szeregu tygodni; wszelkie zabiegi są bezskuteczne. Od lat chory cierpi wiosną na uporczywy „rhinitis vasomotoria". Skłonność do kolitów. Konstytucja wagotoniczna. Po tygodniu stosowania Torantilu w ilości 6 tabletek dziennie, łącznie z pepticolem i genostrychniną, rozpoczęła się bez stosowania specjalnej diety, stale postępująca poprawa: wzdęcia zniknęły, stolec był zupełnie prawidłowy. Bóle ustąpiły całkowicie, niepokój coraz mniej dokuczał.

W dwóch innych przypadkach, w których zaburzenia miarowości kojarzyły się z uporczywą bębnicą, Torantil usunął wzdęcia przyczyniając się do dużej poprawy krwiobiegu.

Hansen dzieli zaburzenia alergiczne na dwie grupy: zaburzenia o charakterze czynnościowym oraz zaburzenia powodujące nieodwracalne zmiany anatomiczne.

Zaburzenia alergiczne w obwodzie układu sercowo-naczyniowego mogą sprowadzać się tak do skurczów naczyniowych (migrena, zaburzenia wzrokowe, angina pectoris, drętwienie palców, nadciśnienie) jak i do napadowego osłabienia napięcia mięśniowego. Zdaniem autora, jest wielce prawdopodobne, że w patogenozie t. zw. hiposfiksji paroksyzmalnej *Semeraua-Siemianowskiego*, czynnik alergiczny odgrywa niepoślednią rolę. Należałoby zbadać, czy napadom hiposfiksji paroksyzmalnej towarzyszy wzmożenie poziomu histaminy we krwi.

Podłoże alergiczne stwierdzono w szeregu przypadków częstoskurczu napadowego. *Fishberg* podaje 4 przypadki częstoskurczu napadowego, zależnego od alergii pokarmowej. *Urbach* zna młodego człowieka, który po spożyciu mleka, masła i sera stale cierpiał na napady częstoskurczu; zapobiegało im zażycie odpowiednich przetworów. *Luria* i *Wilensky* opisują przypadek występowania częstoskurczu po spożyciu miodu i suszonych winogron. Wielu autorów stwierdziło, że napady dusznicy bolesnej powodowane są przez odczyny alergiczne, wywołując skurcz naczyń wieńcowych *(Kämmerer)*. *Eiselsberg* podaje dwa przypadki dusznicy bolesnej na tle alergicznym.

W. i K. GENNERICH, Kilonia.

LECZENIE WIEWIÓRA ULIRONEM

(Dermat. Wchschr. 1938, Nr. 20, str. 541).

W. i *K. Gennerich* leczyli Ulironem 58 mężczyzn (3 × ropień gruczołu krokowego, 2 × zapalenie najądrzy, zapalenie gruczołów Cowpera i inn.) oraz sześć kobiet, chorych na rzeżączkę częściowo powikłaną. Do zabiegów przygotowawczych z całym spokojem można używać słabych roztworów srebra (np. Albargin ½—⁰/₀₀, związki srebra z taniną i inne). Srebro nie powoduje bowiem zaburzeń w organizmie, szkodzić może raczej nieodpowiednie stosowanie srebra. Zwłaszcza przetrzymywanie roztworów przez 10 minut, względnie nadmierne wypełnienie cewki sprzyjają wytwarzaniu się nacieków, utrudniających leczenie Ulironem. Dozwolone jest jedynie przetrzymywanie stopniowe (3, 5, i t. d. minut). Po 2—3 tygodniowym leczeniu miejscowym rozpoczyna się leczenie Ulironem; podaje się 3—4 g przez trzy dni. Dla podniesienia tolerancji podaje się uprzednio witaminę C + dekstrozę. W pewnych przypadkach przeprowadzono po ośmiu dniach drugie uderzenie Ulironem; raz podczas nieprzerwanego leczenia miejscowego. Po ukończeniu podawania Ulironu, przeprowadzono jeszcze przez osiem dni miejscowe leczenie. W 89% jedno uderzenie Ulironem powodowało wyleczenie. W razie nawrotów przyczyną były nacieki. Równocześnie z drugim uderzeniem stosowano szczepionkę gonokokową. Wyniki leczenia Ulironem (Ag) podaje poniższe zestawienie:

W y l e c z e n i e

Po 1 uderzeniu Ulironem 20 tabletkami, wyjątkowo 40 tabletkami	Po 2 uderzeniach Ulironem często z jednoczesnym stosowaniem szczepionki gonokokowej	Po 3 uderzeniach Ulironem, zawsze z szczepionką gonokokową
56	6	2

Wszystkie przypadki (64) wyleczono, wynik leczniczy = 100%.

Powikłania wywołane Ulironem wystąpiły dwa, względnie trzy razy. W jednym przypadku był to pokrzywkowy wyprysk, w innym — po zażyciu w ciągu 22 dni 77,5 g Ulironu — silny krwotok jelitowy, który powstrzymano w ciągu trzech dni podawaniem witaminy C + dekstroza; u jeszcze innego chorego zażycie zwiększonej dawki Ulironu wywołało pewne osłabienie. Zwraca zwłaszcza uwagę wynik leczenia u osób, które chorowały już od kilku miesięcy, dotychczas stale z nawrotami. Porównując działanie srebra i płukań metodą Janeta, wypowiadają się autorzy za stosowaniem srebra. Sprzeciwiają się również zaleceniu *Schreusa* stosowania szczepionki gonokokowej już w pierwszym tygodniu, uważając, że należy ją podawać tak wcześnie jedynie w wyjątkowych przypadkach. W przychodniach należy leczenie srebrem wprowadzać stopniowo, łącząc je w dniach przyjęć z płukaniem metodą Janeta; w 3. tygodniu stosuje się co 2—3 dni szczepionkę, a na ostatek uderzenie Ulironem. Przy powtarzającym

się nawrocie, należy w ciągu trzech tygodni stosować energiczne leczenie Albarginą (albo też srebrową taniną), podwyższając szybko dawkę Albarginy z 0,25% na 1%; w 4. tygodniu należy podawać szczepionkę gonokokową i Uliron.

Dr H. ROTTER, Wiedeń.

CHEMOTERAPIA SCHORZEŃ WYWOŁANYCH PRZEZ ZIARENKOWCE

(Ref. wedł. Dermat. Wschr. 1937, T. 74).

Rotter poprzednio leczył różę mieszaniną wody Burowa z alkoholem, Omnadiną, surowicą paciorkowcową i środkami nasercowymi. Z chwilą wprowadzenia leczenia Prontosilem, można było skrócić leczenie miejscowe; oprócz Prontosilu podawano jedynie środki nasercowe.

Zależnie od ciężkości schorzenia podawał *Rotter* od 2 × 1 do 3 × 2 tabletki Prontosilu*) po 0,3 g dziennie, razem mniej więcej 20 tabletek. Jedynie kilku chorym, u których wystąpiły zaburzenia żołądkowe, podawano z dobrym skutkiem rozpuszczone w lewatywie tabletki. Ciepłota, nawet znacznie podwyższona, spadała niezwykle szybko już po pierwszej dawce Prontosilu. W ciągu 24—48 godzin ciepłota wracała do stanu normalnego.

Na 100 chorych, pierwszego dnia po podaniu pierwszej dawki Prontosilu, było 59 bez gorączki, drugiego 25, trzeciego 5 a czwartego jeden bezgorączkowy.

Cztery przypadki róży przeszły bez podwyższenia ciepłoty. U chorego z rozpadającym się rakiem gardła, gorączka po dawkach Prontosilu początkowo opadła; po kilku jednak nawrotach wysoka gorączka, wywołana prawdopodobnie rozpadem raka, zaczęła utrzymywać się mimo Prontosilu; objawy na skórze zniknęły. U 57-letniego chorego, u którego z powodu długotrwałej choroby nastąpił zupełny zanik sił obronnych ustroju, przerwanie leczenia Prontosilem spowodowało ponowny nawrót róży.

W niektórych przypadkach róży zauważono po zastosowaniu Prontosilu rozszerzenie się zaczerwienienia skóry, mimo spadku gorączki i polepszenia się ogólnego stanu chorego. W tych przypadkach skutecznie działa, według *Meyera zu Hörste*, (Klin. Wchschr. 1936, Nr. 44) równoczesne podawanie Prontosilu i rozcieńczonego kwasu solnego. Wyniki leczenia Prontosilem podaje następująca tablica:

	Poprzednie leczenie 100 chorych na różę	Prontosil
Dni gorączkowych	7	3
Dni pobytu w szpitalu	16,1	11,3
Nawroty	17	9
Ropnie i in.	11	11
Śmiertelność	8	5

Przypadki śmiertelne dotyczą róży, występującej jako powikłanie w przebiegu innych ciężkich schorzeń.

*) Czasem podawano domięśniowo Prontosil solubile. Skuteczniejsze okazało się jednak podawanie doustne barwnego Prontosilu.

Prof. Dr RIETSCHEL, Uniwersytecka Klinika Dziecięca w Würzburgu.

W SPRAWIE LECZENIA KOKLUSZU.

(Ref. wedł. Z. ärztl. Fortbildung 1938, Nr. 2).

Możliwości leczenia kokluszu są ograniczone: najlepszym sposobem leczniczym jest zapobieganie. Wiele powodzenia w tym kierunku zapewnia leczenie szczepionką kokluszową. Należy podkreślić fakt, że czynne uodpornienie działa o wiele silniej w przypadkach, w których nie nastąpiło jeszcze zakażenie; czynne uodpornienie jest więc zabiegiem zapobiegawczym, a nie leczniczym. Ze względu na to, że w przypadkach kokluszu uodpornienie wytwarza się bardzo powoli, zastosowanie leczenia szczepionką daje dobre wyniki, nawet w razie istniejącego już kokluszu. Wyniki będą tym lepsze, im wcześniej od chwili powstania choroby rozpoczniemy leczenie. Skutek leczenia szczepionką zależy od zdolności ustroju do wytwarzania przeciwciał. Nie wolno więc wyciągać ujemnych wniosków na podstawie badań nad niemowlętami, ponieważ są one bardzo złymi wytwórcami niweczników. Szczepionkę kokluszową należy stosować zapobiegawczo oraz w pierwszych nieżytowych, względnie kurczowych okresach kokluszu. Wprawdzie szczepienie zasadniczo nie przerywa wybuchu choroby, łagodzi jednak jej przebieg.

W początkowym okresie kokluszu może znakomicie pomóc zmiana powietrza; jest to jednak sposób leczenia dość kłopotliwy. Dobrze działa przebywanie na świeżym powietrzu. Z leków stosuje się przede wszystkim chininę i belladonnę. U oseska możemy stosować chininę jedynie doustnie albo w czopkach. Atropina działa bardzo dobrze jako lek przeciwskurczowy i ograniczający wydzielanie. W ciężkich przypadkach kokluszu nie można uniknąć podawania środków kojących. *Rietschel* zaleca Luminal w tabletkach; podawanie Luminalu należy co 5 dni przerywać. Czasem niezbędna jest kodeina. Koniecznie należy podawać świeże soki i owoce i zaniechać jakiejkolwiek „diety oszczędzającej".

Dr G. BLECHA, I Klinika Dziecięca Uniwersytetu Karola w Pradze.

LECZENIE ALERGICZNYCH WYPRYSKÓW U DZIECI TORANTILEM »Bayer«.

(Ref. wedł. Med. Klin. 1938, Nr. 6).

Dwanaścioro małych dzieci, dotkniętych wypryskiem alergicznym, *Blecha* próbował leczyć Torantilem (dziennie 2—4 drażetki albo co 2. dzień 2 cm^3 domięśniowo, albo też w postaci mieszanej w mniejszych ilościach). Pięcioro dzieci wyleczono, stan trojga dzieci uległ znacznej poprawie, troje nie wykazało zmian, a jedno zmarło na odoskrzelowe zapalenie płuc. Przed lecze-

niem stwierdzono u dzieci wyraźną eozynofilię. W dwie godziny po podaniu Torantilu wystąpił spadek o 50%. Następnie ilość eozynofilów podniosła się ponownie. Oto kilka przykładów:

1. Chłopiec 8-miesięczny, o wyglądzie nalanym; zmiany wypryskowe na twarzy, tułowiu i kończynach. Skóra lekko zaczerwieniona, sucha, silnie podrapana, kilka żółtawych strupów na twarzy i ramionach. Zwykle stosowane leczenie miejscowe i ograniczenie mleka wywołało pogorszenie stanu chorobowego. Po miesięcznym pobycie w przychodni, w ciągu którego podawano mu dziennie 2 drażetki Torantilu, nastąpiła szybka poprawa: oczyszczenie skóry i zniknięcie zapalnych objawów. Po 14-dniowym leczeniu Torantilem, zdrowe dziecko wypisano do domu.

2. Chłopiec 8-miesięczny, o wyglądzie lekko ciastowatym; od 3. miesiąca życia wystąpił wyprysk na twarzy i kończynach: skóra w tych miejscach silnie zaczerwieniona, wilgotna, pokryta strupami. Dziecko drapie się bez przerwy. Ilość leukocytów 45600, eozynofilów 30%, wartość bezwzględna 13600. Leczenie maściami, zalecane przez rozmaitych lekarzy, nie dało wyniku. Po przyniesieniu do przychodni rozpoczęto wstrzykiwania Torantilu. Po 2. wstrzyknięciu (co 2. dzień) nastąpiło uderzające polepszenie schorzałych miejsc.
Po ukończeniu leczenia Torantilem, skóra nie wykazywała nawet śladów przebytego schorzenia. Ilość eozynofilów opadła z 13600 na 300—400 w cm³.

3. Chłopiec 18-miesięczny: waga 8800 g; silne nieprawidłowości w odżywianiu. Przyjęty do kliniki dnia 19.X.1936 z objawami silnego wyprysku. Na twarzy i na ciemiączku skóra silnie zaczerwieniona, wilgotna, pokryta lepiącymi się strupami. Na kończynach i na tułowiu skóra sucha, czerwono-brunatna, w wielu miejscach popękana i pokryta strupami; na kończynach miejscami wilgotna. Stała skłonność do drapania się. Wyprysk trwał od 7. miesiąca życia. Czternastomiesięczne dziecko leczono przez 6 tygodni bez wyniku w powiatowym szpitalu; po przyjęciu do kliniki zarządzono podawanie pokarmu, przeznaczonego dla starszych dzieci i zwykłe leczenie miejscowe, co po 5 dniach wywołało zaburzenia w odżywianiu i spadek wagi ciała o 1000 g; stan skóry jednak wybitnie polepszał się. Po usunięciu zaburzeń w odżywianiu przez podawanie wody białkowej i wapnia oraz propeptonów mlekowych, polepszenie stanu skóry utrzymywało się nadal. Po podaniu jako używki szpinaku, ponownie stwierdzono pogorszenie wyprysku. 28.XI.1936 wstrzyknięcia Torantilu 2 razy tygodniowo. Lekka poprawa zaburzeń skórnych; sączenie na twarzy i tułowiu ustąpiło, na ciemiączku utrzymywało się w dalszym ciągu. Po 12 wstrzyknięciach 14-dniowa przerwa: w tym okresie podano prawidłowy pokarm przeznaczony dla starszych dzieci. Następnie zastosowano po raz drugi leczenie Torantilem, rozpoczynające się od podania 2 drażetek dziennie; po 6 dniach 2 razy tygodniowo wstrzyknięcia w ciągu 6 tygodni: ogólnie 10 wstrzyknięć. Nastąpiła znaczna poprawa skóry, wyprysk trzymał się jednak uporczywie na kończynach i policzkach. Gdy po 10 dniach przerwy autor rozpoczął nowy cykl leczenia Torantilem, wystąpiła u dziecka błonica, powikłana obustronnym, odoskrzelowym zapaleniem płuc, którą jednak dziecko dobrze zniosło; w międzyczasie nastąpiło znaczne polepszenie stanu skóry. Skóra na policzkach stała się sucha, czysta i blada; skóra kończyn oczyściła się, chociaż pozostała chropowatą, suchą i popękaną. W pięć tygodni po przebytych zakażeniach ponownie zastosowano wstrzyknięcia Torantilu — co drugi dzień 2 cm³. Stwierdzono gwałtowny przyrost wagi bez pogorszenia się stanu skóry. Ilość eozynofilów ulegała wahaniom w okresie leczenia i opadła z pierwotnego poziomu 28,5%, do 3,5%, a wartość bezwzględna z 8160 do 600 jednostek w cm³. — Oddziaływanie schorzałych powierzchni skórnych na zakażenie i na ubytek wagi ciała wskazuje wyraźnie, że powyższy wyprysk miał nie tylko alergiczne tło, lecz pozostawał również w związku z właściwościami podłoża.

Dr FRITZ HANSEN, Klinika Dziecięca w Düsseldorfie.

ZWALCZANIE KRZYWICY—JAKO KONIECZNY ZABIEG W LECZENIU KRZTUŚCA U MAŁYCH DZIECI.

(Ref. wedł. Münch. Med. Wchschr. 1938, z. 50).

Leczenie krztuśca zostało już tak wszechstronnie opracowane, że powracanie do tej sprawy możnaby uznać za zbędne. Ze względu jednak na to, że zwalczanie tej przykrej choroby dziecięcego wieku nastręcza jeszcze ciągle wiele trudności, nie należy, zdaniem autora, zaprzestawać ogłaszania wyników badań klinicznych i doświadczalnych, gdyż mogą one dać lekarzowi wiele cennych wskazówek.

Ogólnie znany jest fakt, że dla dzieci krzywiczych zakażenia są wyjątkowo groźne; zwłaszcza dotyczy to zapalenia płuc. Przyczyną tego jest zarówno krzywicze zaburzenie przemiany materii, wywołujące zmniejszenie odporności na bakteryjne zakażenia, jako też według innych autorów, zmiany kostne klatki piersiowej oraz bębnica, powodujące zaburzenia w krążeniu i w oddychaniu.

Möller i *v. Pfaundler* stwierdzili, że możliwość wytworzenia się zapalenia płuc jest u dzieci krzywiczych, chorych na odrę, trzykrotnie większa, aniżeli u dzieci niekrzywiczych; śmiertelność u krzywiczych jest dwa razy większa, niż u niekrzywiczych. Podobne wyniki otrzymali *Mader* i *Ekkehard* na podstawie materiału z lat 1916 — 1931. Zdaniem autora, w latach z niedoborem witaminy D, wykazywały dzieci krzywicze, chore na koklusz, trzykrotnie większą ilość zachorowań na zapalenie płuc i trzykrotnie większą śmiertelność, niż dzieci niekrzywicze. Po podaniu w przypadkach krztuśca wszystkim zagrożonym przez krzywicę dzieciom Vigantolu, spadła śmiertelność z 11,4% do 3,74%.

Badania autora wykazały, że okres trwania krztuśca był zawsze dłuższy u dzieci krzywiczych, niezależnie od ich wieku. Różnice między dziećmi krzywiczymi i niekrzywiczymi są duże i zwiększają się u dzieci młodszych. Podanie odpowiednich ilości witaminy D powoduje wyraźne zmniejszenie się tych różnic. W przypadkach kokluszu, najczęstszą przyczyną śmierci jest odoskrzelowe zapalenie płuc. Autor stwierdził, że w przypadkach ostrej krzywicy, między 7. i 12. miesiącem życia, występuje najwięcej zapaleń płuc, wykazujących największą śmiertelność. Z tych spostrzeżeń wynika, że krzywica jest czynnikiem usposabiającym do powstania zapalenia płuc.

Pomimo, że mniejsza odporność dzieci krzywiczych została udowodniona bezspornie na podstawie liczby zachorowań i śmiertelności, wyjaśnienie tego zjawiska opiera się na hipotezach wątpliwej wartości. Dlatego to usiłował autor drogą badań serologicznych zbadać odporność biologiczną chorych na koklusz, zwłaszcza chorych krzywiczych. W tym celu oznaczał co tydzień w surowicy chorych miano aglutynacyjne dla laseczników Bordet-Gengou. Badania kliniczne i doświadczalne wykazują dowodnie, że bodźcem, wywołującym krztusiec, jest gramoujemny lasecznik, opisany 30 lat temu przez *Bordeta* i *Gengou*.

Dla zrozumienia całokształtu przytoczonych badań, należy dodać kilka wyjaśnień. Choroby zakaźne wywołują w ustroju daleko idące przemiany, doprowadzające do wytworzenia przemijającej lub trwałej odporności. Surowica krwi nabywa również nowych właściwości, uwidaczniających się w zdolności tworzenia odczynów in vitro między zarazkami a surowicą odpornościową. Tego rodzaju odczyny antygenowo-niwecznikowe rzuciły duże światło na przebieg zjawisk odpornościowych. Popełnia się tutaj jednak często błąd, uważając niwecznik in vitro za równoznaczny z działaniem przeciwzakażeniowym lub przeciwtoksycznym in vivo. Pewną rolę odgrywa w tym błędzie nazwa niwecznik; jest to opisowa nazwa pewnej hipotetycznej istoty, posiadającej swoiste powinowactwo do pewnego antygenu in vitro. Z przebiegu odczynów in vitro, odbywających się w zupełnie odrębnych, określonych warunkach, nie należy wysnuwać wniosków o przebiegu podobnych odczynów tych samych istot in vivo.

Jeżeli w przebiegu pewnej choroby zakaźnej wystąpi zwiększenie miana, t. zn. przyrost aglutynin dla równorzędnego zarazka, to oznacza to tylko, że ustrój oddziaływuje na zakażenie. Według *Weichardta* wzrost miana niwecznika jest częściowo wyrazem wzrostu ogólnej pracy, lecz określona wartość miana nie jest miarą tego wzrostu.

Autor stwierdził u swoich chorych na krztusiec regularny wzrost i spadek aglutynin dla laseczników Bordet-Gengou. Po tygodniowym oznaczaniu miana otrzymał krzywe niweczników, które porównywał z przebiegiem obrazu chorobowego. Otrzymał następujące wyniki: wytwarzanie aglutynin nie rozpoczyna się nigdy przed drugim tygodniem choroby; wzrost miana rozpoczyna się po 4,5 tygodniach i osiąga najwyższą wartość w 7. tygodniu. Wartość najwyższego miana jest rozmaita, zależnie od przypadku, i waha się od 1:20 do 1:1280. Następnie aglutyniny szybko znikają i po upływie 4 miesięcy nie dają się już wykazać.

U chorych krzywiczych rozpoczyna się tworzenie aglutynin tydzień później; najwyższą wartość miana osiąga się wprawdzie w tym samym czasie co u niekrzywiczych, jest ona jednak o wiele niższą. Aglutyniny znikają również szybciej u chorych krzywiczych. O ile u chorego krzywiczego wystąpi w przebiegu kokluszu odoskrzelowe zapalenie płuc, to po wyleczeniu z tego powikłania tworzy on aglutyniny w ilości zupełnie odpowiadającej poziomowi u chorego niekrzywiczego.

W ten sposób udało się przeprowadzić dowód, że tworzenie aglutynin u chorych krzywiczych jest upośledzone; w zwykłych warunkach chorzy krzywiczy wytwarzają aglutyniny w małej ilości i szybko znikające. W razie wystąpienia powikłania w postaci zapalenia płuc, mogą jednak chorzy krzywiczy wytwarzać znaczne ilości aglutynin; ten fakt przemawia przeciw wnioskowi, jakoby ustrój krzywiczy był niezdolny do wytwarzania aglutynin: zjawiają się one jednak dopiero w chwili, w której ustrój zostanie zmuszony do wzmożonej

pracy. Wzrost miana niweczników występuje dopiero w okresie rozpoczynającego się wyleczenia zapalenia płuc. To samo zjawisko spostrzegamy w przebiegu krztuśca; aglutyniny zjawiają się w chwili zmniejszenia się ataków kaszlu, a nagły wzrost miana świadczy o tym, że proces wyzdrowienia rozpoczął się.

Krzywica, podobnie jak zapalenie płuc, powoduje ogólne, ciężkie uszkodzenie i opóźnia, również podobnie jak zapalenie płuc, wytwarzanie niweczników. To opóźnienie w wytwarzaniu niweczników u krzywiczych ujawnia się w zahamowaniu zwiększonej pracy — dotychczas niedostatecznie poznanej — koniecznej do zwalczenia zakażenia. Przyczyną tego opóźnienia jest krzywica, co uwidacznia się również w przedłużającym się trwaniu choroby, w zwiększeniu częstości występowania powikłań płucnych i większej śmiertelności dzieci krzywiczych. Autor udowodnił metodami serologicznymi, że dzieci krzywicze są szczególnie zagrożone, nie potrafił jednak wytłumaczyć tego zjawiska.

Autor dochodzi do wniosku, że nie wystarcza leczenie krzywicy wogóle, u dzieci krzywiczych zaś w szczególności, lecz że należy przeciwdziałać warunkom, sprzyjającym wytwarzaniu się krzywicy. Takimi warunkami usposabiającymi są wszystkie dłużej trwające stany gorączkowe, zwłaszcza schorzenia dróg oddechowych, ponieważ powodują one między innymi zubożenie ustroju w rozpuszczalny w kwasach fosfór. Hipofosfatemia jest podłożem, na którym rozwija się krzywica, a właśnie krztusiec należy do tych schorzeń dróg oddechowych, które wywołują znaczne obniżenie poziomu fosforu w surowicy. Niebezpieczeństwo uczynnienia skłonności do krzywicy zagraża szczególnie w 3.—12. miesiącu życia, a w późniejszych okresach (2.—3. r. życia) może się objawiać w postaci nawrotów przy gojącej się lub nawet wygojonej krzywicy. Dlatego autor zaleca podawanie Vigantolu wszystkim dzieciom chorym na koklusz w pierwszym roku życia; dzieciom starszym należy podawać Vigantol w razie najlżejszego podejrzenia krzywicy. W celu zapobiegania krzywicy w przypadkach krztuśca, należy podawać codziennie po obiedzie 15 kropel Vigantolu; w razie zaburzeń w przewodzie pokarmowym (rozwolnienie), 3 razy dziennie po 5 kropel. Lek podaje się przez cztery tygodnie, potem należy zrobić przerwę 3-tygodniową i powtarzać leczenie tak długo, jak długo istnieje niebezpieczeństwo.

W sprawie leczenia szczepionkami autor zajmuje stanowisko nieprzychylne, ponieważ dotychczas nie potwierdzono wartości szczepionek przeciwkrztuścowych.

Czerny, Grüninger, Droste, de Toni, Epstein oraz *Braulke* otrzymali bardzo dobre wyniki w leczeniu odoskrzelowego zapalenia płuc przez stosowanie Vigantolu. Autor zaleca również podawanie Vigantolu w dawkach po 10 kropel 3 razy dziennie we wszystkich przypadkach powikłanych gorączką, aż do wystąpienia spadku ciepłoty.

Vigantol nie jest wprawdzie swoistym środkiem przeciwkrztuścowym, ale przez odpowiednie pokrycie zapotrzebowania witaminy D można skrócić okres trwania schorzenia i zapobiec powstawaniu tak groźnych powikłań, jakimi są odoskrzelowe zapalenia płuc.

SUPRIFEN, LEK NASERCOWY I SKRZEPIAJĄCY KRĄŻENIE

Z pomiędzy licznych przetworów oksy-efedrynowych szczególnie cennymi zaletami odznacza się Suprifen. W rozległych badaniach klinicznych wykazano, że Suprifen cechuje *duża rozpiętość dawkowania, szybkie działanie, niezawodny wpływ na naczynia obwodowe* i *na mięsień sercowy*. Te właściwości Suprifenu odpowiadają wszelkim wymaganiom, stawianym środkowi skrzepiającemu krążenie.

Pod względem chemicznym Suprifen zajmuje stanowisko pośrednie pomiędzy suprareniną a efedryną. Suprifen jest racemicznym chlorowodorkiem p-oksyfenyl-metyl-amino-propanolu, w postaci białego, krystalicznego proszku, rozpuszczającego się w 2 — 3 częściach wody i w 10 częściach alkoholu. Do celów leczniczych używa się przetworu w ampułkach po 2 cm^3, zawierających 1%-owy roztwór wodny lub też we flaszkach z kroplomierzem po 10 cm^3 10% wodnego roztworu.

Właściwości farmakologiczne: działanie lecznicze Suprifenu przewyższa wielokrotnie korzyści, osiągane przy stosowaniu leczniczym efedryny. Toksyczność Suprifenu jest znacznie mniejsza niż efedryny. Pobudzająco na czynność serca izolowanego działa przetwór Suprifenu nawet w rozcieńczeniu 1:1 000 000, przy czym podobnie pomyślne działanie ma także stężenie tysiąckrotnie większe. W doświadczeniach tyczących się całości układu krążenia, ilość leku, przekraczająca 400 razy najniższą dawkę czynną, nie wywiera żadnego szkodliwego działania.

Suprifen bardzo silnie pobudza czynność serca. Przy występującej niedomodze krążenia, podanie Suprifenu obniża zwiększone ciśnienie przedsionkowe do normy, zwiększa pojemność minutową serca, a przez rozszerzenie naczyń wieńcowych powoduje zwiększenie dowozu tlenu do mięśnia sercowego.

Bezpośrednie działanie zwężające naczynia t ę t n i c z e jest niewielkie, za to znacznemu wzmożeniu ulega ich zdolność oddziaływania na suprareninę. Na naczynia ż y l n e Suprifen działa bezpośrednio zwężająco, zwiększając w ten sposób ilość krwi przypływającej do serca.

Suprifen nie ulega zniszczeniu przez oksydazy wytwarzane w wątrobie, wobec czego działa również przy podaniu doustnym.

Dane kliniczne:

W stanach upośledzenia krążenia podawanie Suprifenu wywołuje długotrwałe i szybkie działanie połączone z dobrą tolerancją, zarówno przy podawaniu doustnym, jak i pozajelitowym. Niędociśnienie po operacjach, przy chorobach serca i układu krążenia lub też w chorobach zakaźnych oddziaływało w każdym przypadku bardzo pomyślnie na ten nowy sposób leczenia.

Przy zagrażającym lub też rozwiniętym zapadzie z migotaniem przedsionków okazał się Suprifen tak samo skuteczny, jak w lżejszych postaciach z niemiarowością. Poprawę uzyskiwano po jednorazowym wstrzyknięciu domięśniowym 2 cm^3 lub też po doustnym podaniu 3 razy dziennie po 10 — 15 kropli.

Suprifen działa również korzystnie w przypadkach wstrząsu popromiennego, wywołanego napromienianiem X. Przy wstrzykiwaniu dwa razy dziennie po 1 cm^3, dolegliwości znikają, umożliwiając dalsze napromienianie.

Zapobiegawcze stosowanie Suprifenu przed zabiegiem, pozwala uniknąć zapadu pooperacyjnego. Po podaniu 1—4 razy dziennie po 10—15 kropel, wzmaga się napięcie naczyń i zwiększa ciśnienie krwi. Przy stałych wlewaniach kroplowych dodaje się do płynu infuzyjnego po 5 — 10 ampułek Suprifenu na dobę.

Przeciwwskazania: nie należy podawać Suprifenu w ciężkich, organicznych wadach serca, jak również w dusznicy bolesnej, a to dlatego, że lek ten w swym działaniu na mięsień sercowy powoduje pewne uruchomienie sił zapasowych. W lżejszych postaciach uszkodzenia serca, gdzie siły te są dostateczne, należy oczekiwać pomyślnego działania, w ciężkich organicznych schorzeniach działanie Suprifenu nie może wystąpić.

W skazania:

Stany wyczerpania, napad, jak również niedociśnienie podczas i po chorobach zakaźnych (grypa), w okresie wyzdrawiania i po operacjach.

Lekka niewydolność krążenia, wstrząs popromienny.

Zapobiegawczo przed zabiegami chirurgicznymi w celu uniknięcia zapadu.

W połączeniu ze strofantyną lub przetworami naparstnicy w ciężkim niewyrównaniu krążenia.

Podczas leczenia salvarsanowego u osób z chwiejnym układem krążenia zaleca się zapobiegawcze stosowanie Suprifenu przed każdym wstrzyknięciem Salvarsanu.

Dawkowanie:

Doustnie: 2—3 razy dziennie po 10—15 kropli.

Pozajelitowo: podskórnie, domięśniowo (wzgl. także dożylnie) odpowiednio do konstytucji chorego 1—2 cm^3. W razie potrzeby (np. w chorobach zakaźnych) można wstrzykiwać po 1 cm^3 kilka razy dziennie, nawet co godzinę.

Jako dodatek do kroplówek 5—10 ampułek dziennie.

Dla dzieci:

Oseski i małe dzieci do 5 lat: 2—3 razy dziennie po 3 — 5 — 10 kropli 10%-owego roztworu doustnie lub 0,1 — 0,4 cm^3 1%-owego roztworu do wstrzykiwań domięśniowych. Dzieci starsze do lat dziesięciu: do 3 razy dziennie po 10 kropli 10%-owego roztworu doustnie lub 1 cm^3 1%-owego roztworu do wstrzykiwań domięśniowych.

Prof. Dr C. ADAM (ref. wedł. Z. f. ärztl. Fortb. 1937, Nr 23).

Radca Dr NACHTIGAL, Dr KRAULAND, KOČCOJE, Dr HEINZMANN, Monachium.

(Ref. wedł. Z. f. ärztl. Fortb. 1938, Nr. 1).

NIEWYJAŚNIONE PRZYPADKI ŚMIERCI

Znamy wszyscy przypadki śmierci, za przyczynę których przyjmuje się a nawet stwierdza sądownie zastosowanie pewnego leku. Farmakologia zaś, ze względu na dobro wiedzy, pragnęłaby zaprzeczyć, iż działanie lekarstwa, mimo zewnętrznej łączności między jego podaniem a śmiercią, było trujące. Nie „wyjątkowe", zabójcze działanie trucizny pozostaje niewyjaśnione, lecz jedynie śmierć. *Adam* podaje takie niewyjaśnione przypadki śmierci, które, o ile nastąpiłyby w parę sekund później, zostałyby uznane za skutek działania jakiegoś „leku". Oto przykłady: Na klinice chirurgicznej *Bergmanna* miano wykonać uśpienie chloroformowe. Asystent założył maskę i w chwili, w której miał zacząć nakraplać maskę chloroformem, chory zmarł. Gdyby śmierć była nastąpiła kilka minut później, przyjętoby za jej przyczynę chloroform. *Meugé*, chirurg francuski, pisze: Kobiecie w wieku około 50 lat miano wykonać wycięcie macicy. Poprzednie badania nie wykryły żadnych przeciwwskazań do zabiegu. Z przyczyn zewnętrznych termin zabiegu musiał być przesunięty na ranne godziny dnia następnego. Zabieg nie odbył się, gdyż poprzedniego popołudnia chora zmarła wskutek ataku serca. Czy w razie, gdyby śmierć była nastąpiła w czasie zabiegu nie przypisywanoby winy lekarzowi lub uśpieniu? *Prof. Debove* miał wykonać pewnemu choremu na żołądek przepłukanie żołądka. Chory siedział przed lekarzem, który miał mu wprowadzić sondę. Bezpośrednio przed rozpoczęciem zabiegu, chory dostał krwawych wymiotów i zmarł na miejscu. Sekcja wykazała tętniaka tętnicy głównej, nie dającego objawów radiologicznych, który przebił do przełyku. Kilka sekund później — winowajcą stałby się lekarz. Do dentysty francuskiego *Dr Leclerqa* przybył o godzinie 18., w godzinach przyjęć, chory, któremu miano usunąć duży korzeń. *Dr Leclerq* miał wykonać wstrzyknięcie Novocainy, lecz zrezygnował z niego i na razie zaplombował dziurawy ząb, odkładając znieczulenie i wyjęcie korzenia do następnego dnia. Chory powrócił do domu, gdzie tego samego dnia — nie otrzymawszy przecież znieczulenia — zmarł nagle o godzinie 21. Czyż w innych okolicznościach nie przypisy-

wanoby całej winy Novocainie? — U dziecka 3-letniego z objawami oponowymi *Dr Montalti* uważał za wskazane wykonać nakłucie lędźwiowe. Ojciec dziecka opierał się temu, więc *Montalti* zaproponował konsylium z drugim specjalistą. Gdy jednak i on uznał nakłucie lędźwiowe za bezwzględnie konieczne, ojciec dziecka w końcu zgodził się na nie. Po przygotowaniu do nakłucia przyniesiono dziecko z łóżka i wtedy okazało się, że już nie żyje. Kilka minut później byłoby po nakłuciu! Co wtedy?

Heinzmann (Monachium) przypomina nagłą śmierć kobiety z przed około 30 lat; leżała ona na stole operacyjnym, przygotowana do operacji wola i zmarła przed założeniem maski chloroformowej. Kilka sekund później, a za przyczynę śmierci uznanoby działanie chloroformu albo nieumiejętną technikę. Mniej uderzający był przypadek, dotyczący mężczyzny, który zmarł w nocy przed operacją. Innemu mężczyźnie wykonywano z powodu przerostu stercza przez 6 dni codziennie cewnikowanie i sondowanie. 6. dnia w czasie ostrożnego sondowania, chory zmarł. Gdyby wówczas zastosowano miejscowe znieczulenie cewki moczowej, przypisanoby jemu winę fatalnego zejścia.

Krauland został przed kilku laty wezwany do bliźniąt, chorych na tężyczkę. Jedno z dzieci zmarło, zanim zdołano wykonać zamierzoną lewatywę z wodnika chloralu. Gdyby przyspieszono wykonanie zabiegu o kilka minut, uważanoby wodnik chloralu za przyczynę śmierci. — Starsza kobieta chora na serce zmarła nagle w poczekalni lekarza; gdyby była przyszła parę minut wcześniej, otrzymałaby prawdopodobnie wstrzyknięcie leku skrzepiającego, a lekarzowi uczynionoby zarzut, że śmierć nastąpiła wskutek wstrzyknięcia. — W Chirurgicznej Klinice Uniwersyteckiej w Monachium, w 1897 r., miano 17-letniemu chłopcu wykonać operację usunięcia kamienia pęcherzowego. Po założeniu maski chloroformowej nastąpił natychmiastowy bezdech i wstrzymana została czynność serca, wszystkie zaś próby przywołania do życia okazały się bezskuteczne. Sekcja wykazała obecność kawałka ołówka, otoczonego grubą warstwą kamienia. Nie zdołano wyjaśnić zagadnienia, czy śmierć mogła być spowodowana przez sam wstrząs psychiczny. — *Nachtigal* został wezwany do starszej kobiety z ciężką puchliną brzuszną. W czasie, gdy przeprowadzano chorą do innego pokoju, nagle padła martwa. Gdyby rozpoczęto nakłucie, uważanoby, że to ono stało się przyczyną śmierci.

Te wszystkie przykre przypadki wykazują, na jak słabych podstawach oparte jest często twierdzenie: Post hoc, ergo propter hoc!

Dr E. HEINSIUS, Kolonia.

MIEJSCOWE STOSOWANIE MAŚCI, ZAWIERAJĄCYCH WITAMINĘ A, W PRAKTYCE OKULISTYCZNEJ

(Referat według Münch. Med. Wschr. 1937, Nr. 24).

Autor wykazał doświadczalnie, że środki lecznicze, zawierające witaminę A, przyspieszają epitelizację rogówki królika po całkowitym obustronnym jej zeskrobaniu. Miejscowe stosowanie zarówno tranu jak i roztworu Voganu wyraźnie sprzyjało odradzaniu się nabłonka. W klinice okulistycznej Uniwersytetu Berlińskiego przeprowadzono ostatnio badania nad wpływem witaminy A na gojenie się wszelkich uszkodzeń nabłonka na oku ludzkim. Witaminę A stosowano w postaci 2%-owej maści voganowej, która zawiera mniej więcej tyle witaminy, ile jej zawiera dobry tran. Maść tę stosowano 1 do 3 razy dziennie do worka łącznicowego. Do czystej maści voganowej można również dodać odpowiedni środek odkażający. Wyniki stosowania tych maści były na ogół dobre. W kilku przypadkach schorzeń ocznych zastosowano również maść tranową; niektórzy chorzy odnosili się jednak do tej maści niechętnie z powodu jej przykrego swoistego zapachu tranu. Stwierdzona w kilku przypadkach nietolerancja zależała głównie od nadwrażliwości w stosunku do oleju sezamowego, znajdującego się w roztworze witaminy. Nadwrażliwość tego rodzaju nie ma nic wspólnego z działaniem samej witaminy A.

Do leczenia maściami, zawierającymi witaminę A, nadają się wszystkie świeże rany oka oraz uszkodzenia rogówki, następnie stany zapalne rogówki, przebiegające z zaburzeniami odżywiania nabłonka rogówkowego, oraz owrzodzenia rogówki. Szczególnie pomyślne wyniki stwierdzono w przypadkach nawracających nadżerek oraz pęcherzykowego zapalenia rogówki, które były zupełnie odporne na wszelkie poprzednio stosowane zabiegi lecznicze. Również w przypadkach neuroparalitycznego zapalenia rogówki, w skrofulicznych zapaleniach spojówek i ostrych zapaleniach łącznic, wreszcie w przewlekłych zapaleniach brzegu powiek Vogan wpływał pomyślnie na przebieg sprawy chorobowej.

Powyższe dodatnie działanie maści, zawierających witaminę A, na epitelizację, uzasadnia więc stosowanie maści voganowych również w ogólnej praktyce okulistycznej. Działania przeciwzakaźnego witaminy A, t. zn. bezpośredniego działania bakteriobójczego, o którym donosili niektórzy autorzy, w obserwacjach klinicznych nie stwierdzono. Zasadniczym warunkiem skuteczności miejscowego leczenia Voganem jest możliwość wchłaniania witaminy A. Przy otwartych ranach powierzchownych i ubytkach nabłonka, wchłanianie jest zawsze bardzo dobre. Miejscowe stosowanie ciepła ułatwia wchłanianie z powiek i worka spojówkowego.

Dr P. GÖRL, Norymberga.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA NIEŻYTÓW KISZEK GRUBYCH

(Referat według Münch. med. Wschr. 1937, Nr. 48).

Autor już od 2½ lat stosuje we wszystkich przypadkach nieżytów kiszek grubych Torantil, wyciąg z błony śluzowej kiszek cienkich, posiadający własność unieszkodliwiania histaminy. Jako przykłady swoistego leczniczego działania Torantilu *Görl* przytacza w streszczeniu 5 historii chorób:

1. Chory ma lat 21. Od 3 dni gwałtowna biegunka, stolce zawierają obfitą domieszkę krwawo zabarwionego śluzu. Badanie rektoskopowe wykazało, że błona śluzowa powyżej 15 cm jest miejscami zaczerwieniona, usiana wybroczynami, w niektórych miejscach ziarninowa i łatwo krwawi. Po zastosowaniu Torantilu w drażetkach, biegunka ustąpiła prawie natychmiast. Po 7 dniach stolce prawidłowej spoistości, nie zawierają wcale śluzu ani krwi. Chory nie odczuwa żadnych dolegliwości.

2. Chory ma lat 41. Od 4 tygodni silna biegunka, która wreszcie ustąpiła. Od 4 dni pogorszenie: codziennie 5 — 7 rzadkich wypróżnień, zmieszanych ze śluzem i większą ilością jasno czerwonej krwi. Znaczne schudnięcie. Rektoskopowo: błona śluzowa do wysokości 20 cm równomiernie zaczerwieniona, łatwo krwawi, owrzodzenia nie widać. Pod wpływem leczenia Torantilem, już w ciągu pierwszych dni znaczna poprawa i ustąpienie biegunek. Następnie bez żadnej uchwytnej przyczyny znowu płynne stolce z domieszką krwi; po kilku dniach powolna, lecz stała poprawa. Po 3 tygodniach wszystkie objawy podmiotowe i przedmiotowe ustąpiły zupełnie. Po roku ten sam pacjent zgłosił się znowu z powodu lekkiego nawrotu, który również bardzo szybko zareagował na działanie lecznicze Torantilu.

Oprócz Torantilu chorzy nie otrzymywali żadnych innych środków leczniczych; pozostałe leczenie ograniczało się do stosowania ciepła i małych lewatyw czyszczących. Dietę przestrzegano tylko podczas kilku pierwszych dni; po ustąpieniu biegunek chorzy otrzymywali normalne pożywienie, z wyjątkiem potraw specjalnie trudno strawnych. Na uwagę zasługiwało zawsze szybkie działanie Torantilu na dolegliwości podmiotowe, a zwłaszcza na parcie i biegunki. Już po 2, a najpóźniej po 3 dniach stolce znowu były sformowane i domieszka krwi znikała; wydzielanie śluzu ustępuje powoli w ciągu 1—2 tygodni. Oto opis cięższego, podostrego schorzenia:

3. Chora lat 27. Początek choroby w połowie września 1936. Dotkliwe bóle w środku brzucha i w podbrzuszu, uporczywa biegunka i parcie. Gorączka do 38,5°. Lekarz domowy zalecił odpowiednią dietę i preparaty taniny. Gorączka wprawdzie obniżyła się, lecz stan ogólny pogarszał się szybko. Znaczna utrata na wadze. 21. 11. 1936 chora została po raz pierwszy zbadana przez autora. Ciągle jeszcze 3—4 rzadkie wypróżnienia dziennie z obfitą domieszką śluzu i krwi. Waga 53 kg. Autor zalecił mieszaną dietę wzmacniającą, lewatywy czyszczące z rumianku oraz Torantil doustnie. Już 3. XII. parcie i biegunka ustąpiły zupełnie; stolce sformowane z niewielką domieszką śluzu i zupełnie bez krwi. Waga ciała zwiększyła się o 1 kg. Podczas następnej menstruacji łagodny nawrót z niewielkimi śladami krwi podczas oddawania stolca. To samo zjawisko powtórzyło się podczas miesiączkowania w lutym 1937. Za każdym razem wznowiono na krótki czas leczenie Torantilem oraz zastosowano lewatywy lecznicze z Yatrenu w oliwie. Badanie rentgenowskie w połowie lutego 1937 nie wykryło, poza skurczami, żadnych zmian chorobowych w okrężnicy. Badanie kontrolne w marcu wykazało, że stan pacjentki jest doskonały.

Dwie następne historie choroby dotyczą ciężkich przewlekłych schorzeń odbytnicy:

4. Chora lat 33, od 1933 leczy się z powodu wrzodziejącego zapalenia odbytnicy. Liczne stosowane środki, przepłukiwania i wstrzykiwania własnej krwi pozostały zupełnie bez wpływu na przebieg choroby. Autor zalecił wstrzykiwania Torantilu. Po ukończeniu kuracji śluzówka była jeszcze zaczerwieniona i wykazywała miejscami objawy przerostu. Cały obraz rektoskopowy poprawił się jednak wyraźnie po raz pierwszy od szeregu lat; jednocześnie ustąpiły również i dolegliwości podmiotowe. Poprawa granicząca z wyleczeniem okazała się trwała; chora czuje się dobrze.

5. Chory lat 63. Leczył się klinicznie już od 1923 roku. W grudniu 1935 ponowne pogorszenie. Dokuczliwe parcie; wypróżnienia zawierają obfitą domieszkę śluzu a często również i krwi. Stolec przeważnie sformowany. W ostatnim czasie znaczne i stale postępujące wychudzenie. Rozpoznanie: Rectitis ulcerosa. Po 6 zastrzykach Torantilu owrzodzenia zagoiły się, błona śluzowa była jednak nadal mocno zaczerwieniona i bardzo łatwo krwawiła. Dalsze leczenie, podczas którego zastosowano wprawdzie jeszcze zabiegi miejscowe i wstrzykiwania krwi, doprowadziło wreszcie do zupełnego ustąpienia wszystkich objawów chorobowych.

W przypadkach 4. i 5. stosowanie Torantilu nie doprowadziło do wyleczenia, jednakże zwłaszcza w przypadku 4. działanie lecznicze ujawniło się bardzo wyraźnie. Ma to tym większe znaczenie, że sprawa chorobowa dotyczyła pacjentki, która cierpiała już od wielu lat i poprzednio wcale nie reagowała na wszelkie stosowane środki i zabiegi lecznicze.

Dr HOFER von LOBENSTEIN, Sanatorium Dr Büdingena w Konstancy.

ZALEŻNOŚĆ SCHORZEŃ NEURYTYCZNYCH OD AWITAMINOZY B

(Referat według Münch. med. Wschr. 1936, Nr. 13).

Autor opisuje przypadek ciężkiego zapalenia wielonerwowego z typowymi objawami porażennymi. Wobec zupełnej bezskuteczności dotychczasowego leczenia, autor zastosował Betaxinę (witaminę B_1). Chora otrzymała w dwudniowych odstępach 19 wstrzykiwań. Wynik leczenia okazał się znakomity, wszystkie zaburzenia chorobowe ustąpiły i chora wypisała się w doskonałym stanie. Następnie autor leczył za pomocą Betaxiny jeszcze 2 pacjentki z zapaleniem nerwów splotu ramieniowego, 2 z zapaleniem nerwu promieniowego, 2 przypadki porażenia nerwu twarzowego, 2 przypadki rwy kulszowej i po jednym przypadku nerwobólu nerwu trójdzielnego, potylicznego i międzyżebrowego. Dawkowanie było indywidualne, odpowiednio do natężenia sprawy chorobowej. Przeciętnie dokonywano 6—10 wstrzykiwań domięśniowych, co 2—3 dni. Wstrzykiwania nie wywoływały bólu, ani w ogóle żadnych niepożądanych objawów ubocznych. W większości przypadków osiągano pod wpływem Betaxiny zupełne wyleczenie, albo conajmniej znaczną poprawę. Działanie przeciwneurytycznej witaminy B_1 polega prawdopodobnie na unormowaniu lipoidowej przemiany materii nerwów. Być może, że uda się za pomocą witaminy B_1 przeprowadzić ostrzejszą granicę między zapaleniem nerwów i nerwobólami. Stosowanie Betaxiny, jako swoistej witaminy przeciwneurytycznej, wskazane jest we wszelkich schorzeniach neurytycznych i neuralgicznych, a zwłaszcza w przypadkach uporczywych, nie reagujących na dotychczasowe sposoby le-

czenia. Betaxina wywiera pewien pomyślny wpływ również na powrózkowe schorzenia rdzeniowe różnego pochodzenia. Szczególnie pomyślnie reagują na Betaxinę między innymi również i przypadki zapaleń nerwów, występujących podczas ciąży lub w połogu.

Dr J. F. MAGERL, Zakład Higieny w Innsbrucku.

WYWOŁYWANIE ODCZYNÓW IMMUNOBIOLOGICZNYCH ZA POMOCĄ WSTRZYKIWAŃ WŁASNEJ KRWI I OMNADINY

(Referat według Wien. Klin. Wschr. 1938, Nr. 12).

Badania porównawcze nad wytwarzaniem hemolizyn krwinek baranich u królików, które uodporniono tylko krwinkami baranimi, i u królików, które uodporniono krwinkami baranimi oraz zastrzykami własnej krwi lub Omnadiny, wykazały, że zwierzęta uodpornione dodatkowo własną krwią wytwarzały znacznie więcej odpowiednich hemolizyn, niż uodpornione tylko krwią baranią. U zwierząt, traktowanych metodą kombinowaną, stwierdzano również szybsze zwiększanie się i wolniejsze opadanie miana, niż u zwierząt uodpornionych wyłącznie krwinkami baranimi. Po opadnięciu miana, można było nowotworzenie hemolitycznych amboceptorów pobudzić znowu za pomocą wstrzyknięcia własnej krwi (nawet powyżej dawnego punktu szczytowego).

Omnadina nie wywiera przy uodpornianiu żadnego wpływu na tworzenie hemolizyn. Jednakże po spadku miana można za pomocą Omnadiny wytwarzanie hemolizyn wydatnie pobudzić. Osiągnięte w tych warunkach miano było tak samo wysokie jak u zwierząt traktowanych własną krwią, czyli że zawartość amboceptorów była znacznie większa, niż w doświadczeniu głównym. Omnadina wzmaga prawdopodobnie tylko wytwarzanie „niweczników już istniejących“. Doświadczalnie stwierdzone wzmożenie odczynów immuno-biologicznych pod wpływem wstrzykiwań własnej krwi i Omnadiny uzasadnia ich stosowanie kliniczne w celu zwiększenia sił obronnych ustroju. Autor radzi, aby przy wytwarzaniu hemolizyn krwinek baranich, jako amboceptora dla odczynu Wassermanna dla otrzymania surowic wysokowartościowych, wstrzykiwać przy uodpornianiu oprócz krwi baraniej również krew własną.

Dr GÜNTHER SCHNEEMANN.

SPOSTRZEŻENIA NAD LECZENIEM PYRAMIDONEM OSTREGO GOŚĆCA STAWOWEGO.

Praca z Oddziału Wewnętrznego Szpitała Heinrich-Braun w Zwickau (Saksonia), (według „Fortschritte der Therapie" 1938, 2.4.).

Statystyki szpitalne wykazują, że ostry gościec stawowy jest chorobą spotykaną bardzo często. Chorobie tej, uzależnionej w pewnej mierze od pór roku, od nagłych zmian temperatury, od higieny mieszkań i od niektórych ognisk chorobowych w ustroju, których siedliskiem mogą być migdały lub zęby, podlegają ludzie szczególnie w wieku od 20 do 40 lat. Doświadczenie wykazuje, że powyższe dolegliwości występują najczęściej w ciągu dwóch pierwszych kwartałów roku, a mianowicie w lutym i w kwietniu.

Podwyższona ciepłota, zaczerwienienie i obrzmienie chorych stawów, należą do zewnętrznych objawów ostrego gośćca stawowego, którego wyrazem jest hiperergiczne zapalenie maziówki i torebki stawowej, i któremu ulegają ustroje uczulone uprzednio przebytą anginą nieżytową, mieszkowym zapaleniem migdałków, czy jeszcze innymi ogniskami zakaźnymi. Jednocześnie występują bardzo dotkliwe bóle, przechodzące w krótkim czasie kolejno na kilka stawów — częściej na duże, niż na małe. Do innych charakterystycznych objawów należy znaczne zwiększenie szybkości opadania czerwonych ciałek krwi [często więcej ponad 100 mm na godzinę (według *Westergreena)*] i silna nieraz leukocytoza.

Z dawien dawna szukano środków, kojących możliwie najszybciej bóle, nieraz bardzo silne, odczuwane przez chorych. Trzeba jednak przyznać, że zarówno podawane leki, jak i przedwcześnie stosowane pomocnicze metody fizykalne, nie dają zadowalających wyników. Usiłowania świeżej daty, zmierzające do zwalczania ostrego gośćca stawowego poprostu środkami naturalnymi, nie zawsze dawały pożądane wyniki. *Grote* opisuje 12 wypadków, w których miano otrzymać zdumiewające wyniki wyłącznie dzięki diecie i przyrodolecznictwu. Stosowano więc gorące okłady, okłady błotne, grzejniki, zastój Biera, okłady z gorącej oliwy i dietę owocową. Spostrzeżenia zarówno nasze, jak i *Natorpa* wskazują jednakże, że ten sposób leczenia, stosowany z pominięciem innych, nie daje wyników pewnych, gdyż nie tylko opóźnia wyleczenie, lecz poza tym przedłuża prawie bez zmiany uporczywe trwanie objawów podmiotowych i przedmiotowych. Nasze własne spostrzeżenia nie upoważniają nas jednak do zapoznawania dodatnich, podkreślanych przez *Grota* wyników, otrzymywanych drogą stosowania diety, np. pod postacią leczenia sokami owocowymi (ten sposób leczenia chwali szczególnie *Brauchle)*. Ustrój, nie mając pokarmów do przetwarzania, wyzwala energię, przyczyniającą się do wydzielania zatrzymanych odpadków lub do rozkładu pewnych produktów pośredniej przemiany materii. Jeśli więc odżywianie jest prawidłowe, odpadki te nie zo-

stają na skutek zmian chorobowych ani należycie utlenione, ani nie podlegają właściwej czynności zaczynów. *Grot* podaje wyniki przeszło 4-tygodniowego leczenia dietetycznego i stwierdza jasno, że tą drogą niektóre substancje, jak np. kwas moczowy, mocznik, kreatyna i t. d. zostają usunięte w ilościach stosunkowo znacznie większych.

W naszym mniemaniu należy zawdzięczać dodatnie wyniki, osiągnięte w ostatnich czasach (według *Sieversa)* terapii środkami wyłącznie naturalnymi, to jest energiczną dietą głodową. Leczenie dietetyczne, jak już wzmiankowaliśmy, należy zawsze uważać za pomocnicze, zalecane ogólnie chorym, skłonnym do cierpień gośćcowych. Wykażemy poniżej, że i my również dołączaliśmy do Pyramidonu leczenie dietetyczne; być może, że otrzymane wyniki należy przypisać współdziałaniu obu metod.

Z drugiej strony leczeniu środkami naturalnymi nie zawsze można dawać pierwszeństwo przed leczeniem lekami, gdyż w ostrych stanach chorobowych stosowanie środków przeciwbólowych jest rzeczą niewątpliwie konieczną.

Kwas salicylowy pod postacią salicylanu sodu lub jego pochodnych, stosowano oddawna jako swoisty lek w przypadkach ostrego gośćca wielostawowego u dorosłych i w pewnym stopniu stosuje się go do dnia dzisiejszego. Leczenie salicylem, przeprowadzone według ustalonych schematów, przewiduje w początkowym okresie wysokie dawki od 8 do 10 g. Wyniki nie zawsze są bezwzględnie zadowalające, zarówno ze względu na uboczne skutki, których nie należy lekceważyć, gdyż często utrudniają przebieg leczenia, jak i na fakt, że wyleczenie wymaga zawsze pewnego czasu i że trudno jest przewidzieć nawroty choroby, jak i mogące się wywiązać zapalenie wsierdzia. Salicylany niewątpliwie nie są swoistymi lekami ostrego gośćca stawowego. Uważano jednakże, że kwas salicylowy ma powinowactwo do pewnych narządów; pogląd ten jest tym bardziej usprawiedliwiony, że analizy chemiczne wykazały, iż przetwór ten gromadzi się w chorych stawach.

Spośród skutków ubocznych, ważną rolę odgrywają uszkodzenia nabłonka nerkowego, zaburzenia tak wzroku, jak i słuchu, dochodzące do uszkodzenia nerwu słuchowego, szum w uszach, przy wyższych zaś dawkach — majaczenie, senność, porażenie czynności oddychania, a wreszcie skłonność do omdleń. Ponad to stwierdzono, że leczenie salicylem bywa przeciwwskazane dla osób, ujawniających zmiany w zastawkach sercowych lub też takich, które w czasie choroby przechodziły zapalenie wsierdzia albo gośćcowe zajęcie mięśnia sercowego.

Te wszystkie trudności, jakie napotyka leczenie ostrego gośćca wielostawowego przetworami salicylowymi, pobudziły lekarzy do szukania innych leków, które pozwoliłyby uniknąć tych ubocznych objawów. Obok leczenia miejscowego, wysuwającego się coraz bardziej na pierwsze miejsce, lecz nie dającego wyników zadowalających, oddawna czyniono próby stosowania Sufrogelu i To-

rantilu. Lecz i te przetwory nie posunęły naprzód leczenia ostrego gośćca wielostawowego.

Schottmüller wprowadził Pyramidon do leczenia ostrego gośćca stawowego. W 1927 r. ogłosił drukiem krótką pracę, omawiającą wyniki, jakie otrzymał w swej klinice drogą stosowania tego leku. W innym doniesieniu, zatytułowanym: „Ostre zapalenia stawów, ich etiologia i leczenie", autor ten, opierając się na spostrzeżeniach i doświadczeniach poczynionych w ciągu długich lat, kładzie nacisk na wyższość, jaką posiada Pyramidon nad przetworami salicylowymi i przeciwgorączkowymi. Wyższość tę zawdzięcza Pyramidon temu, że nie wywołuje skutków ubocznych i że znacznie skraca przebieg leczenia, usuwając ostre objawy stawowe. Skutki działania Pyramidonu miały występować w większości przypadków tak szybko, że począwszy od pierwszego dnia leczenia, chory nie gorączkował, a stan zapalny zajętych stawów był znacznie słabszy. Według *Schottmüllera,* wyniki te osiąga się, stosując dawkę 3 g dziennie.

Doświadczenia, poczynione z przetworami salicylowymi, skłoniły nas do zaniechania ich i do systematycznego stosowania Pyramidonu.

Jednak autorzy amerykańscy i niektórzy niemieccy wysunęli zarzuty przeciwko leczeniu Pyramidonem. Zdaniem ich, działanie tego leku i przetworów pokrewnych, miało spowodować poważne powikłania. Najczęstsze zarzuty dotyczą występowania ciężkiej agranulocytozy, to znaczy zespołu objawów, opisanego w 1922 r. przez *Schultza:* ciężka angina wrzodziejąca z towarzyszącym jej spadkiem liczby białych ciałek krwi i prawie całkowitym zniknięciem komórek wielojądrzastych.

Johnson zaobserwował jeden przypadek agranulocytozy, wywołanej małymi dawkami Pyramidonu. *Henryk Jackson syn,* przedstawił 100 przypadków, wyleczonych Pyramidonem, z których 25% wykazało związek między Pyramidonem a agranulocytozą. Poza tym *A. M. Hoffmann, E. M. Butt* i *N. G. Hicker* z Los Angelos, zaobserwowali w ciągu ostatnich ośmiu lat 14 przypadków agranulocytozy, z których 12 mogło być przypisane działaniu Pyramidonu. *Madison* i *Squier* opisali nieco wcześniej 13 przypadków agranulocytozy u osób, które przyjmowały amidopirynę. W Niemczech doniesienia o tych zespołach objawów, występujących na skutek działania Pyramidonu, są o wiele rzadsze. *Zontscheff* podał do wiadomości na 47. Kongresie Medycyny Wewnętrznej w Wiesbadenie dwa przypadki agranulocytozy, wywołane leczeniem Pyramidonem i zaobserwowano na II klinice Wewnętrznej Uniwersytetu w Hamburgu. *Bock* poczynił te same spostrzeżenia dla 2 przypadków, zanotowanych w Klinice *Volharda.* Poza tym w grudniu 1936 r. *Rüther* doniósł o trzech innych przypadkach agranulocytozy w Klinice w Düsseldorfie.

Wbrew tym spostrzeżeniom nie stwierdzono w Austrii, według *Tillicha,* tego rodzaju szkodliwych skutków leczenia Pyramidonem. Na 47. Kongresie Medycyny Wewnętrznej w Wiesbadenie *W. Schultz* w doniesieniu p. t. „Ostre cierpienia układu krwiotwórczego", oświadczył, że osobiście poczynione spostrzeżenia nie dostarczyły mu dowodów szkodliwości Pyramidonu. *Eppinger, Kau-*

nitz, *Popper* i *Faltitschek* z I Kliniki Wewnętrznej w Wiedniu, pomimo dużego doświadczenia w tej dziedzinie, nie stwierdzili ani jednego poważnego powikłania, które należałoby przypisać działaniu Pyramidonu. Również *Dennig*, który w ciągu kilku lat leczył setki chorych dużymi dawkami Pyramidonu i dokładnie kontrolował obraz krwi, nie stwierdził ani jednego przypadku agranulocytozy. Autor ten leczył wraz z *Krausem* całymi miesiącami a nawet latami 50 chorych Pyramidonem (jeden z tych chorych zażył 500—600 g, a inny 1500 g) i dokładnie kontrolował obraz krwi, nie stwierdzając najmniejszych zaburzeń w powstawaniu granulocytów.

Na tej podstawie można więc słusznie wyprowadzić wniosek, że w przypadkach, w których agranulocytoza występowała po podaniu Pyramidonu, miało się do czynienia ze swoistą alergią w stosunku do tego leku, występującą u osób szczególnie do niej skłonnych i będącą bezsprzecznie objawem bardzo rzadko spotykanym.

Eppinger i *Kämmerer* wypowiedzieli swój punkt widzenia na działanie Pyramidonu w przypadkach gośćca stawowego. Poczynione spostrzeżenia przekonały ich, że uszkodzeniom naczyń włosowatych, występującym w przebiegu zapaleń surowiczych, można zapobiec za pomocą stosowania Pyramidonu. W tych warunkach nie występuje powiększenie zgęszczenia krwi, rozpoznawalne przede wszystkim na zasadzie zwiększonej liczby czerwonych krwinek i ilości hemoglobiny, gdyż działanie Pyramidonu zapobiega uszkodzeniom naczyń włosowatych, a tym samym przesuwaniu się cieczy ustrojowych w kierunku tkanek. Pyramidon działa więc prawdopodobnie uszczelniająco na naczynia.

Poniżej podamy wyniki doświadczeń poczynionych przy leczeniu Pyramidonem 119 chorych. Poprzedzimy je paroma uwagami, dotyczącymi diety, stosowanej we wszystkich leczonych przez nas przypadkach. Dieta ta, jak już wzmiankowaliśmy, stanowi zasadniczą część składową naszej metody. Rozpoczynając leczenie, przepisujemy dietę głodową pod postacią soku z owoców. Zalecamy więc dziennie 500 do 600 g soku różnych owoców, niekiedy z dodatkiem glukozy (dextropur). Pokarmy stałe, z wyjątkiem biszkoptów, zupełnie usuwamy. Czas trwania postu naogół nie przekraczał 6—8 dni. Następnie w ciągu kilku dni uzupełniano dietę jarzynami. W końcu, gdy objawy podmiotowe i przedmiotowe zostały znacznie złagodzone lub całkowicie usunięte, zalecano na jakiś czas ścisłą dietę jarską. Chorzy ci nie ujawniali nigdy — ani w czasie trwania diety, ani też później — żadnych powikłań.

Co zaś dotyczy Pyramidonu, stosowaliśmy go w dawkach najwyżej 0,3 g, nie przekraczając dziennie 2,4 g. Zalecaliśmy przyjmowanie tego leku bądź co półtorej godziny w dawkach 0,3 g (osiem razy dziennie), bądź też co godzinę w dawkach 0,2 g przez 12 godzin; nie zdołaliśmy stwierdzić żadnej różnicy między tymi dwoma sposobami postępowania, gdyż osiągnięte wyniki były jednakowe. W ostatnich czasach postanowiliśmy jednak zalecać przyjmowanie tego leku co godzinę, to znaczy 12 razy dziennie w dawkach 0,2 g, celem utrzymania w ustroju stałego procentu Pyramidonu.

W ciągu dwóch czy trzech dni, Pyramidon wybitnie polepszył zaburzenia podmiotowe wszystkich leczonych. Ci, którzy początkowo skarżyli się na nieznośne bóle, przestali prawie zupełnie narzekać i stwierdzili samorzutnie, że stan ich ogólny poprawił się znacznie w tym czasie. Podczas, gdy w chwili przybycia do szpitala lękali się najlżejszego dotknięcia stawów, zaczęli powoli poruszać nimi bez trudu.

Równorzędnie ze znikaniem zaburzeń podmiotowych, stwierdzono zmniejszanie się objawów przedmiotowych. W tych wszystkich przypadkach ciepłota była początkowo bardzo wysoka; u 119 obserwowanych chorych wahała się między 38°, a 39,8°. W 39 przypadkach spadek ciepłoty nastąpił w drugim dniu od chwili rozpoczęcia leczenia Pyramidonem, stosowanym w dawkach 0,3 g — osiem razy dziennie, albo 0,2 g — dwanaście razy dziennie. W 48 przypadkach spadek gorączki nastąpił w ciągu pierwszych pięciu dni, to znaczy, że od tej chwili nie stwierdzono już nawet stanu podgorączkowego. U innych chorych spadek ciepłoty następował wolniej, zdarzyło się nawet, że ciepłota po opadnięciu na przeciąg kilku dni do stanu normalnego, podnosiła się następnie ponownie, nieraz na czas dłuższy, ale zawsze nieznacznie. Dokładne badania tych ostatnich przypadków pozwoliły stwierdzić, że chorzy ci byli poprzednio leczeni bądź innymi środkami, bądź też wyłącznie odpoczynkiem w łóżku i nacieraniami.

Objawy zapalne, charakteryzujące się obrzmieniem i zaczerwienieniem chorych stawów, cofały się równorzędnie ze spadkiem ciepłoty. Nierzadko stwierdzano, że już 4. lub 5. dnia znikały wszystkie tego rodzaju objawy u niektórych chorych; różne inne sposoby leczenia pozostawały bez wyniku.

Naogół szybkość opadania krwinek była bardzo znaczna tak, że cyfra 100 do 130 mm na godzinę według *Westergreena*, nie należała do rzadkości. Zmniejszanie się przyspieszenia w samych początkach występowało wówczas, gdy chodziło o chorych, poprzednio leczonych, lub też odwrotnie, o tych, którzy nie radzili się lekarza, mimo wyraźnych objawów podmiotowych i przedmiotowych. Określanie szybkości opadania krwinek, notowane regularnie w przebiegu leczenia, stwierdziło wyraźną poprawę, dającą się zauważyć już po 8 dniach. Ostatnie badania, przeprowadzone przed opuszczeniem przez chorego kliniki i po zniknięciu wszystkich objawów, wykazały, że u 109 chorych szybkość opadania krwinek powróciła do stanu prawidłowego. W pozostałych przypadkach stwierdzono jeszcze przyspieszenie dochodzące niekiedy do 27 mm na godzinę, bez jakiegokolwiek innego objawu patologicznego.

Spostrzeżenia, poczynione podczas trwania leczenia, nie stwierdziły nieprawidłowości, dotyczących hemoglobiny i czerwonych krwinek. Powiększenie się zgęszczenia krwi przez mniej lub więcej znaczną filtrację cieczy ustrojowych i występujące wskutek tego powiększenie stosunku hemoglobiny i czerwonych krwinek, nie zostało nigdy stwierdzone, gdyż poza paroma nieznacznymi zmianami, badania nie ujawniły żadnych podobnych objawów.

U 84 chorych zauważono w początkach leczenia znaczne powiększenie licz-

by leukocytów. Liczba ta dochodziła niekiedy do 22,500. W innych przypadkach powiększenie było prawidłowe lub nieznaczne. Ze względu na to, że w przebiegu leczenia nie zawsze sprawdzano ten objaw dokładnie, będziemy opierać się tylko na przypadkach sprawdzonych. U 19 chorych stwierdzono, że 8. lub 10. dnia leczenia Pyramidonem, liczba leukocytów wzrastała w dalszym ciągu. W innych przypadkach nie stwierdzono w początkach żadnej poważniejszej zmiany. Ostatnie badanie wykazało, że w żadnym przypadku nie wystąpiło zmniejszenie patologiczne i że liczba leukocytów wahała się od 4000 do 8000.

Obraz leukocytów, określany parokrotnie, wykazał zgodnie z wynikami badań *Denniga*, że mimo nieraz długotrwałego przyjmowania Pyramidonu, nie wystąpiły żadne chorobowe zmiany granulocytów. Liczba tych komórek nigdy nie zmalała. Chorej, u której wystąpił nawrót anginy z powikłaniami, poleciliśmy przerwać przyjmowanie Pyramidonu, nie chcąc pobudzać powstania agranulocytozy.

Pomimo, że stosowaliśmy Pyramidon nieraz w bardzo dużych dawkach, nie byliśmy nigdy zmuszeni przerwać leczenia na skutek objawów wtórnych przykrych lub niebezpiecznych. Nie stwierdziliśmy też żadnych poważnych objawów wtórnych, jakie towarzyszą leczeniu salicylem. W dwóch przypadkach, na 119, trzeba było w końcowym okresie leczenia Pyramidonem, wymagającego już małych dawek tego leku, przerwać podawanie go na skutek występującej wysypki swędzącej. Lecz w tych obu przypadkach, w których szybkie polepszenie dały wstrzyknięcia wapnia, cel leczenia został już osiągnięty, tak że przy pomocy przyrodolecznictwa — okładów błotnych i innych zabiegów — można było dojść do zupełnego wyleczenia chorego. Co zaś dotyczy czasu trwania leczenia, to naturalnie trudno go ściśle określić, gdyż to zależy nie tylko od więcej lub mniej ciężkiego przebiegu choroby, lecz i od czasu rozpoczęcia leczenia. Naogół zostało stwierdzone, że im wcześniej rozpoczynamy leczenie Pyramidonem, tym krótszy jest przebieg leczenia i tym szybciej osiągamy wyzdrowienie.

Wnioski. — W 119 przypadkach ostrego gośćca stawowego, leczenie Pyramidonem prawie zawsze dawało bardzo dobre wyniki. We wszystkich tych przypadkach objawy podmiotowe i przedmiotowe zostały znacznie złagodzone w ciągu pierwszych 8 dni leczenia; niekiedy nawet ustępowały zupełnie. Działanie Pyramidonu na objawy przedmiotowe było analogiczne. Ciepłota, początkowo znacznie podniesiona, opadała w ciągu pierwszych pięciu dni u chorych poprzednio nie leczonych. U innych chorych spadek ciepłoty następował po odpowiednim leczeniu w ciągu pierwszych piętnastu dni. Objawy zapalne cofały się równorzędnie ze spadkiem ciepłoty. Szybkość opadania ciałek krwi u 109 chorych powróciła w końcowym okresie leczenia do stanu prawidłowego W pozostałych dziesięciu przypadkach, pomimo stałego przyspieszenia opadania krwinek (według *Westergreena)*, aż do 27 mm na godzinę, w chwili opuszczania przez chorego kliniki, nie dało się stwierdzić żadnego objawu patologicznego.

W przeciwieństwie do objawów, wywoływanych działaniem salicylu, Pyramidon nie daje żadnych objawów wtórnych. Korzystne wyniki leczenia stwierdziliśmy nawet u osób, wykazujących objawy sercowe (np. gośćcowe zapalenie wsierdzia). Systematyczne badania krwi nie wykazały szkodliwych skutków Pyramidonu, tak że jesteśmy zmuszeni przyjąć, iż granulocytoza występująca po podaniu Pyramidonu, jest wyrazem bardzo rzadko spotykanej alergii szpiku kostnego.

(Dalszy ciąg)

GERHARD VENZMER

WYMIERAJĄCA CHOROBA

Garstka nieprzyjaciół w obu warowniach broni się jednak dzielnie, podobnie jak grubo ciosane szare mury Castello Nuovo, zamku królewskiego domu Anjou, zbudowanego przed dwustu laty. Ale głód jest najniebezpieczniejszym wrogiem wszystkich oblężonych i już po upływie dwóch tygodni rozpoczynają się szemrania, że pozostawiono ich na straconym posterunku, nie pomyślawszy nawet o odpowiednich zapasach żywności. Niechże to czart porwie: tam w mieście, przed oczami oblężonych, opływają Francuzi we wszelkie dostatki, a tu siedzi się odciętym od świata i można wyliczyć na palcach, kiedy zostanie spożyty ostatni bochenek chleba.

Cóż należy czynić, gdy głód zaczyna grozić? Należy usunąć wszystkich niepotrzebnych zjadaczy chleba. W ciemną noc otwiera się więc ukryta furtka zamku, którą odchodzą wszyscy niezdatni do obrony: ciury oraz dziewki i kochanki żołnierskie, zabrane poprzednio w celu uprzyjemnienia chwil oblężenia. A z nimi tłum dziewek hiszpańskich żołnierzy, którzy przybyli z Barcelony, znęceni odgłosem werbli Ferdynanda.

Francuzi szaleją z radości. „Początek końca“ myślą i nie bez słuszności. Albowiem z chwilą, gdy po trzytygodniowym szturmie zaproponowano oblężonym poddanie się, wzamian za wypłatę trzymiesięcznego żołdu oraz pozwolenie zabrania na własność tyle jedwabi i złotej brokateli, ile każdy z nich mógł unieść, rozwarły się bramy. Żołnierzom owych czasów obcy był fałszywy sentymentalizm; większość obrońców obu zamków, pomiędzy nimi również Hiszpanie, przeszli na służbę do króla Francuzów. Wojna została na razie ukończona. Wiecznie głodnym Gallom i Szwajcarom pozostała jeszcze jedna rozrywka; w międzyczasie spowszedniały Neapolitanki, zabrano ich ile się tylko dało, nie przepuszczając nawet żeńskim klasztorom, gdzie zaspakajano swoje żądze, nie zważając na jęki i błagania zakonnic. Obecnie tłum kobiet, wydalonych z zamku, stał się mile widzianą odmianą i z chciwością rzucono się na ten niespodziawany dar.

V.

Najciężej jest przeżyć szereg pięknych dni; w żadnym zespole ludzkim prawda tych słów nie jest tak oczywista, jak w żołnierskim; w szczególności wśród

najemnych średniowiecznych żołnierzy. Łagodny klimat południa, szczodrze darzące miłością piękne kobiety, lejące się strumieniami gorące wino, szybkie zwycięstwo nad garstką ludzi, porzuconą przez wypędzonego władcę Neapolu, zawróciły zupełnie głowę żołnierzom króla Francuzów. Coraz częściej zdarzały się okrucieństwa i zwierzęce gwałty. Podwładni Karola, witani początkowo jako zbawcy i oswobodziciele od okrutnego samowładnego panowania poprzedniego króla Neapolu, ściągają na siebie powszechną nienawiść i prawie codziennie rozchodzą się wieści o zniknięciu bez śladu licznych Francuzów i Szwajcarów.

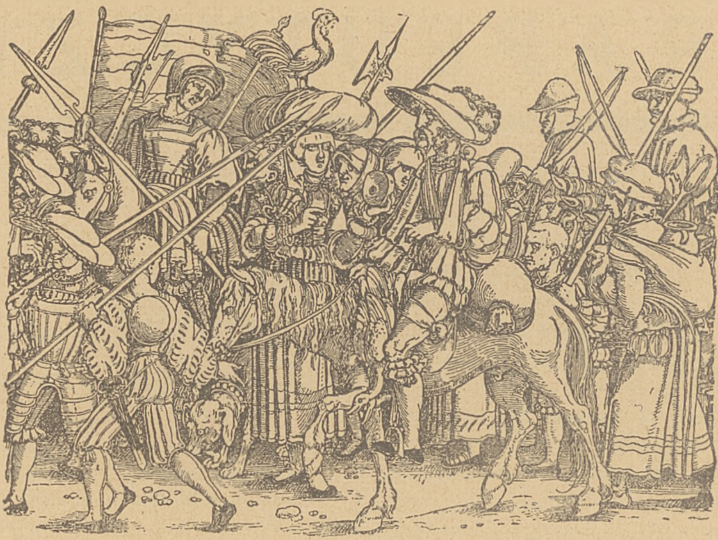
W tym samym czasie nadchodzą wieści o zbliżaniu się wielkiej armii, idącej na odsiecz Neapolu. Mediolan, Wenecja, cesarz Maksymilian i dwór hiszpański zawarli sojusz przeciwko królowi Francuzów, a Hiszpania wysłała na pomoc wypędzonemu królowi Neapolu potężną armię, aby mógł uwolnić kraj od obcych najeźdźców i odzyskać utracony tron.

Groźne chmury gromadzą się nad francuskim obozem w Neapolu i zasnuwają niebo, dotychczas tak jasne. Zły los uderza zwykle z kilku stron. Choroba, budząca wstręt, wybucha wśród żołnierzy Karola; ta sama wstrętna zaraza, która nawiedziła Barcelonę po powrocie odkrywców z Zachodnich Indii: zaraza płciowa. W krótkim czasie stwierdzono, skąd to zło pochodzi: żołnierki, wypędzone przez Hiszpanów przed oddaniem Castello dell'Ovo i Castello Nuovo, przyniosły ją do obozu. Czy padli wówczas Francuzi ofiarą wojennego podstępu? Czy oblężeni dlatego wysłali tłum dziewek do miasta, aby one zatruły armię króla Francuzów?...

Młody król nie może pogodzić się z myślą, że gwiazda jego gaśnie. Wprawdzie ziemia Neapolu staje się za gorąca i ledwie w trzy miesiące po triumfalnym wjeździe, mury starego Parthenope patrzą na odwrót licznych zastępów żołnierzy. Lecz w czasie odwrotu przez Włochy starszyzna urządza hulaszcze zabawy, a żołnierze ją naśladują.

Nieznana dotąd choroba rozwijała się z błyskawiczną szybkością wśród niesfornego żołdactwa, ciągnącego za sobą, według ówczesnego zwyczaju wojennego, olbrzymi tłum dziewcząt lekkiego prowadzenia. Wędrująca na północ, zarażona gromada żołnierzy, siała dokoła zabójczą truciznę, tak, że w krótkim czasie zaraziła całe Włochy. Dobre dni minęły bezpowrotnie. Coraz bardziej zagrażają sojusznicze wojska nieprzyjacielowi, karność i porządek znikają, tak, że w końcu uchodzący tłum najemników przeobraża się w bezładną hałastrę zezwierzęconych włóczęgów, którzy zawlekają przymiot przez Alpy do Szwajcarii, Niemiec i Francji. W swym przeraźliwym zwycięskim pochodzie podobna jest zaraza płciowa do ognia szalejącego tak długo, aż strawi wszystko, co tylko mu ulec może. W straszliwy sposób szerzy się śród ludności ta nowa plaga. Według naocznych świadków — „jedni pokryci byli od czubka głowy aż do kolan czarnym, spoistym świerzbem, który tak odstraszał otoczenie, że opuszczeni przez wszystkich towarzyszów, chorzy szukali w samotności śmierci; innym występował ten świerzb na czole i na potylicy, na szyi, na piersiach, na

pośladkach i t. p.; to też dotknięci nim szarpali ciało w gwałtownych bólach paznokciami.



Pochód żołnierzy z kobietami i taborem
(według drzeworytu H. S. Behama; z 1. połowy 16. wieku).

Jeszcze u innych całe ciało pokryte było niezliczoną ilością pęcherzy i krost; wielu chorym wyrastały na twarzy, na uszach i na nosie grube, brodawkowate narośle, które pękały z morowym cuchnieniem i miały wygląd wystających kłów.

Odraza i obrzydzenie ogarnęło nawiedzoną ludność; z ośmiu tysięcy Szwajcarów, którzy ruszyli z Karolem VIII, powracała do Szwajcarii zaledwie nędzna garstka 138 ludzi, a miasto Bern zamknęło swoje bramy przed tą wyniszczoną, zarażoną zbieraniną. Nie pomagają jęki i błagania; powrót do miasta rodzinnego zostaje zabroniony nawet tym, którzy z niego pochodzą.

VI.

Z nienacka, jak gdyby w przeciągu jednej nocy, nieznana choroba spadła na ludy Zachodu, wywołując wszędzie trwożliwe pytanie: skąd pochodzi ta straszna plaga, w jaki sposób powstała owa dżuma płciowa? Zabobonne czasy sprzyjają powstawaniu najbardziej nieprawdopodobnych przypuszczeń; chwyta się każdą, nawet najbardziej bezsensowną hipotezę, aby znaleźć wytłumaczenie niezwykłego zjawiska. Wyszukuje się coraz niedorzeczniejsze przyczyny. W końcu nie pozostaje na niebie i ziemi nic, czego by nie próbowano uważać za źródło powstania choroby płciowej: powodzie, upały i trzęsienia ziemi, chorobotwórcze wyziewy jezior i moczarów, ziemi, łąk i studzien, „gnicie powietrza" i niegrzebanie zwłok, spożywanie mięsa ludzkiego, owoców tajemniczych, zatrutych jarzyn, picie zatrutej wody studziennej i zepsutego wina, spożywania mięsa świń, ryb, kotów, jaszczurek i małp. *(Dalszy ciąg w nast. num.).*

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Leczenie pewnych uszkodzeń stawowych.

Prawidłowa wydzielina maziowa ma tę samą ilość pH co i krew (około pH 7,52); w 12 godzin po śmierci pH jest wyraźnie kwaśną: 6,6. Wylewy krwawe w stawach stają się w ciągu trzech dni kwaśne (pH 5,65, 5,95, po 3 dniach 6,55), a 7. dnia zasadowe (pH 7,7). Jedenastu chorym z urazowym zapaleniem stawów (rozluźnienie stawu, zwichnięcie, włókniste zesztywnienie) udało się przywrócić zupełną zdolność ruchową stawów po wstrzyknięciu 2 (-4) cm^3 roztworu Novocain z kwasem mlekowym o pH 5 (2 g Novocain —HCl, 0,5 g NaCl, 0,2 cm^3 5/n kwasu mlekowego, wody ad 100 cm^3). Zagadnienie, czy w przypadku gośćcowego zapalenia stawów kwaśne wstrzyknięcie przywraca zdolność ruchową stawu, wymaga jeszcze dalszych badań. *Waugh* osiągnął korzystne wyniki również w tych przypadkach.

Dr W. G. Waugh, Royal Infirm. Sunderland.

(Lancet 1938, Nr. 5974)

Zaburzenia ubarwienia i ich leczenie.

Chorym z nadmiernym ubarwieniem podaje *Govindaswamy* 5 cm^3 Campolonu oraz po 2 cm^3 Cantanu i Betaxiny w przypadkach, w których ilość czerwonych ciałek krwi wynosi poniżej 4 milionów i występują okresowo megaloblasty. O ile liczba czerwonych ciałek wzrośnie do 5 milionów, podaje *Govindaswamy* codziennie albo co dwa dni tylko witaminę C (2 cm^3), zmieszaną z witaminą B_1 (2 cm^3). Ubarwienie cofa się. U uboższych chorych zamiast syntetycznych przetworów witaminowych podaje się tytułem próby sok cytrynowy. Ubarwienia bledną również pod wpływem tiosiarczanu sodowego.

Dr M. V. Govindaswamy.
Szpital dla nerwowo chorych.

(Bangalore, Antiseptic 1937)

O wielkości bakteriofagów i pozawidzialnych jadów.

Badania w Instytucie Pasteura i Fourniera w Paryżu wykazały, że bakteriofagi i jady są następującej wielkości:

Jad	Środowisko	Wiel. w mμ
Najmniejszy bakteriofag S 13	bulion	8-12
Największy bakteriofag C 16	bulion	50-75
Febris aphtosa (Zaraza pyska i racic)	płyn pęcherzykowy	8-12
Zapalenie rogów przednich rdzenia	szpik	8-12
Louping ill (kołowacizna owiec)	mózg	15-20
St Louis-Encephalitis (zapalenie mózgu i rdzenia)	mózg	20-30
Choroba doliny Rift (owce, bydło i ludzie)	wątroba	23-35
Zaraza drobiu	płyn osierdziowy (sur. plazma)	60-90
Pęcherzykowate zapalenie jamy ustnej	płyn pęcherzykowy	70 100
Choroba Borna	mózg	85-125
Mięsak Rousa	tkanka naczyniowa	00
Wścieklizna wrzekoma (świnie)	mózg	100-150
Liszaj	mózg	100-150
Ektromelia infectiosa	wątroba	100-150
Choroba Nicolas-Favre (Lymphogranuloma inguinale)	mózg	110-150
Jad krowiankowy, neurowakcyna, szczepionka Jennera	jądra	125-175
Jad kanarków (psittacosis?)	skóra	125-175

Należy wspomnieć dla porównania, że wielkość drobiny ciałka przyjmuje się w granicach od 2 — 5 mμ; granica widzialności mikroskopowej wynosi około 500 mμ; wielkość ziarenkowców wynosi 1000 mμ, płytek krwi 2—3000 mμ; ciałek czerwonych — 7500 mμ; a obojętnych myelocytów od 15000 — 20000 mμ. Trypanozomy są cieńsze od

ciałek czerwonych, ale około 4 razy dłuższe, a więc długość ich wynosi około 30000 mμ; prawidłowo zapłodnione jaja glist mają 50000 — 70000 mμ długości i 40000 — 50000 mμ grubości.

Dr M. Paic, Dr J. Voet, Dr D. Krasnoff, Dr L. Reinie, Dr P. Haber, Dr C. Kling i *Prof. Dr Levaditi*, Instytut Pasteura w Paryżu.

(Annales Inst. Past 1938, T 60

Stwierdzony serologicznie u człowieka przypadek choroby Weila — typu Leptospira canicola, przebiegający pod postacią zapalenia opon mózgowych.

Chorobę Weila u człowieka oraz stuttgarcką zarazę psią wywołują podobne zarazki, a mianowicie Leptospira icterohaemolitica i Leptospira canicola. Już przed laty przypuszczał *Uhlenhuth*, opierając się na bliskim pokrewieństwie zarazków, że pies zaraża wodnymi krętkami pielęgnującego go człowieka, wywołując w ten sposób chorobę Weila. Tego rodzaju przeniesienie choroby na człowieka zauważył *Tetzner*. Kobieta 41-letnia pielęgnowała 12-letniego psa, chorego na stuttgarcką zarazę psią. W krótkim czasie kobieta również zachorowała, wykazując objawy takie, jak: ból głowy, krzyża i łydek, szum w uszach, stan podżółtaczkowy, lekki tężec karku i silne osłabienie. Wysuwano możliwość tyfusu, zapalenia opon mózgowych i zapalenia wątroby. Możliwość choroby Weila nasunęło stwierdzenie choroby u psa. Badanie serologiczne potwierdziło to przypuszczenie. Był to przypadek choroby Weila typu Leptospira canicola. Ponieważ choroba przebiegała pod postacią objawów oponowych, zastosowano nakłucie lędźwiowe, podając poza tym Prontosil i Luminal. Stan kobiety polepszył się szybko, podczas gdy pies zdechł.

Dr Tetzner,
Szpital powszechny, Hamburg-Barmbeck.

(Klin. Wo. 1938 Nr. 4)

Rozróżnianie bólów brzucha u dzieci.

Dzieci skarżą się często na bóle brzucha, lecz nie zawsze łatwo odgadnąć, co się poza tym kryje. Skargi na ból brzucha słyszy się zarówno w przypadkach pospolitego zapalenia jamy nosowo-gardłowej i zapalenia gardła jak i w przypadkach zapalenia płuc. Bóle brzucha są często pierwszym objawem czerwonki, zapalenia jelit i kiszki oraz zapalenia wyrostka robaczkowego. Podejrzenie na zapalenie ślepej kiszki jest już wtedy uzasadnione, kiedy dziecko dotychczas zdrowe zaczyna się nagle skarżyć na kolkowate bóle brzucha. Z drugiej jednak strony bóle w okolicy wyrostka robaczkowego nie zawsze muszą świadczyć o jego stanie zapalnym. Przyczyną mogą być również glistnice. Zwykły kurcz mięśniowy może również pozorować zapalenie wyrostka robaczkowego. W razie uzasadnionego podejrzenia należy wyciąć wyrostek robaczkowy. „Bóle brzucha" mogą powstawać również na skutek przedmiesiączkowych zaburzeń w okresie pokwitania, rzeżączkowego zapalenia otrzewnej miednicznej albo skręcania szypuły torbieli jajnikowej, powodując mylne rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego. Gruźlica gruczołów zaotrzewnych wywołuje często silne bóle brzucha. Poza tym szereg innych schorzeń, jak schorzenia dróg moczowych, kamica, wodonercze, nieprawidłowości rozwojowe, schorzenia wątroby i trzustki (pęcherzyk żółciowy zastoinowy, uchyłek pęcherzyka żółciowego, ostre zapalenie trzustki, przewlekłe zawęźlenie jelit), przepukliny i kolki pępkowe bywają poprzedzane bólami brzucha. Przy powtarzających się bólach brzucha należy zawsze przed przyjęciem przyczyny czynnościowej (kurcze) wyłączyć istnienie schorzenia organicznego. Bóle brzucha mogą nie być groźne, ale często są znakiem ostrzegawczym, którego nie należy lekceważyć, gdyż może stać się objawem śmiertelnego schorzenia.

Prof. Dr Catel, Klinika dziecięca, Lipsk.

(Zschr. Ärztl Fortbild. 1938, Nr. 7)

Witamina A i operacje żołądkowo-jelitowe.

W Klinice chirurgicznej w Münster zmarł przed kilku tygodniami chory, u którego po dokonanym poza kliniką zespoleniu żołądkowo-jelitowym, wytworzył się wrzód trawienny jelita cienkiego. Wrzód przebił się do poprzecznicy. Śmierć nastąpiła na 6. dzień po operacyjnym usunięciu przetoki żo-

łądkowo-kiszkowej. Sekcja nie wykazała ani zapalenia otrzewnej, ani też wady serca. Wysoka śmiertelność tych schorzeń ma prawdopodobnie inną przyczynę: prawie zawsze stwierdza się u tych chorych ciężkie zapalenie jelita cienkiego. Wskutek tego następuje upośledzenie wchłaniania z pożywienia tworzyw koniecznych dla życia, zwłaszcza witaminy A. Wadliwa zdolność wchłaniania witaminy A z jednej strony, wzmożona zaś przepuszczalność ściany jelita cienkiego dla toksyn z drugiej strony, prowadzą w przypadkach wrzodu trawiennego, zwłaszcza w razie przebicia wrzodu trawiennego zespoleniowego do kiszki grubej, do najcięższych uszkodzeń wątroby, a pośrednio, przy ponownym obciążaniu przez operację i uśpienie, do ogólnego toksycznego zatrucia takich chorych. W powyższym przypadku sekcja wykazała jedynie bardzo ciężkie uszkodzenia komórek wątrobowych, wywołane najprawdopodobniej przez wyżej podane przyczyny. — Wydaje się rzeczą wskazaną podawać takim chorym, celem przygotowania ich do zabiegu usunięcia przetoki żołądkowo-jelitowo-kiszkowej, kroplówki z cukru gronowego i insuliny oraz witaminy A (Vogan). Ponad to, o ile to jest możliwe, znieczulenie miejscowe jest bezwzględnie lepsze, aniżeli uśpienie.

Dr Sunder-Plassmann, Münster, Westfalia.

(Zbl. Chir. 1938, Nr. 3)

O zakażeniu zgorzelą gazową.

W przebiegu zapalenia płuc otrzymał pewien chory oprócz kamfory śródmięśniowe wstrzyknięcie 0,2 g Luminalu-natrium. Wkrótce potem wystąpiła zgorzel gazowa, zakończona zejściem śmiertelnym. Przeprowadzone dochodzenia wykazały, że wstrzyknięcie wykonano strzykawką, która leżała w alkoholu, zanieczyszczonym prątkami zgorzeli gazowej (Fränkel-Welch). Ze względu na to, że o niedostatecznej skuteczności 70%-owego alkoholu nie wiedzieli jeszcze wszyscy lekarze, nie pociągnięto danego lekarza do odpowiedzialności karnej. W niedługim czasie tego rodzaju przypadek będzie uznawany w praktyce lekarskiej za karygodny błąd, którego nie będzie mogła tłumaczyć nieświadomość.

Kirschner (Klinika chirurgiczna w Heidelbergu) podaje, że w gruncie rzeczy nawet w najlepiej prowadzonej klinice odkażanie nie jest dostateczne. Jego zdaniem wystarczające wyjałowienie narzędzi uzyskuje się jedynie przez dłuższe działanie gotującej się wody, względnie przegrzanej pary lub suchego gorąca i suchego przechowywania.

Habs (Instytut Higieny, Heidelberg) uważa, że „alkohol musi zostać jaknajprędzej i najostateczniej usunięty jako środek służący do wyjaławiania i przygotowywania narzędzi". *Habs* zaleca przygotowywanie narzędzi w autoklawach o ciepłocie 120°, gdyż wygotowywanie i stosowanie pary wodnej o ciepłocie 100° nie wystarcza do zniszczenia zarodnikowców. Poza tym zaleca dodawać do wygotowania 3% sody.

Dr Jungmichel, Instytut Medycyny Sądowej w Greifswald.

(M. M. W. 1938, Nr. 4)

O głębokim zapaleniu okołomigdałkowym.

Zgodnie z wskazówkami leczniczymi, dotyczącymi zapalenia okołomigdałkowego, *Key-Aberg* wykonywał u swoich 45 chorych (60%) wycięcie migdałków przy pomocy Novocainy (z dodatkiem błękitu metylenowego). W tym wypadku wstrzykuje się Novocainę do przedniej części łuku podniebiennego około 1—1,5 cm od jego wolnego brzegu, na wysokości migdałka.

Ciepłota stopniowo opadała, osiągnięto zupełne wyleczenie bez jakichkolwiek powikłań.

Dr Hans Key-Aberg, Linköping.
(Nordisk. Med. Tidsk. 1938, Nr. 3)

Używanie Prontosilu w chirurgii dróg żółciowych.

W przypadkach zastoju pęcherzyka żółciowego z żółtaczką i gorączką, w kamicy żółciowej, zapaleniu dróg żółciowych i zapaleniu pęcherzyka żółciowego, Prontosil spowodował w ciągu kilku dni spadek gorączki i ułatwił przygotowanie chorego do zabiegu. Podawano dziennie 2—3 tabletki Prontosilu. Jeśli chory nie znosił doustnego podawania, stosował *Kazda* 2—3 wstrzyknięcia śródmięśniowe Prontosilu solubile. Nie należy się jednak łudzić, że podawanie Prontosilu pozwoli uniknąć operacji.

Dr F. Kazda, Ges. Aerzt. Wien, 4.II.1938.
(Wien med. Wo. 1938, Nr. 7)

Nieznane dotychczas wskazanie stosowania Omnadiny.

Łzawienie należy do bardzo częstych i dokuczliwych cierpień oczu. Ponieważ w większości przypadków występuje ono stopniowo, nie zwraca się na nie początkowo uwagi, radząc się lekarza dopiero wówczas, gdy staje się bardzo silne. Łzawienie w przypadkach porażenia nerwu twarzowego stanowi wyjątek, gdyż pojawia się ono nagle, obok innych objawów porażenia, (zaburzenia żucia, wydzielania śliny, skrzywienia kąta wargowego, niemożności zamknięcia oka po chorej stronie i inn.) i bardzo dolega choremu, skłaniając go do poradzenia się okulisty. Występujące 6—8 razy w ciągu minuty uderzenie powiek zostaje przy porażeniu nerwu twarzowego zahamowane i wskutek tego łzy wolniej spływają do kanalików łzowych. Poza tym, jako skutek porażenia, opada dolna powieka, powodując wynicowanie punktu łzowego i uniemożliwiając z przyczyn czysto mechanicznych wsysanie płynu łzowego przez punkt łzowy. Na zewnątrz wynicowana część spojówki styka się stale z powietrzem, wskutek czego powstaje bodziec, powodujący odruchowo obfitsze wydzielanie łez.

Ponieważ obwodowe porażenia nerwu twarzowego są często pochodzenia reumatycznego, często dobre wyniki daje zastosowanie leków przeciwreumatycznych i ciepła. Leczenie prądem elektrycznym jest niewskazane, a w początkowych okresach nawet szkodliwe. Leczenie przeciwreumatyczne trwa często dość długo a nieraz zupełnie zawodzi, wobec czego autor spróbował mniej więcej 10 lat temu zastosować Omnadinę, lek uznany za skuteczny we wszystkich schorzeniach reumatycznych, grypie i w szeregu t. zw. chorób z przeziębienia. Otrzymane wyniki były tak niespodziewanie szybkie, że ten sposób leczenia zaczął zalecać już od dłuższego czasu. Dotychczas stosował Omnadinę w przeszło 80 przypadkach. U osób, zgłaszających się do leczenia w początkowych okresach choroby, występowało polepszenie po śródmięśniowym wstrzyknięciu Omnadiny już po 2 dniach. Po drugim wstrzyknięciu (w świeższych przypadkach dalsze wstrzyknięcia nie są potrzebne) osiągnięto w ciągu tygodnia zupełne wyleczenie. Po wstrzyknięciu chory musi przez pół dnia leżeć w łóżku. W razie zadawnionego schorzenia działanie nie występuje tak szybko, ale zaznacza się wyraźnie po upływie 14 dni. Nigdy nie dawano więcej jak trzy wstrzyknięcia. Autor nie miał ani jednego przypadku opornego temu leczeniu. W jednym tylko przypadku, dotyczącym ogrodniczki, która zgłosiła się w 16. dniu choroby, polepszenie wystąpiło później, a całkowitego wyleczenia nie udało się uzyskać, pomimo zastosowania wszelkich możliwych środków. Był to przypadek ciężkiego, zupełnego porażenia u kobiety ciężko pracującej w wilgotnym ogrodzie, a która zgłosiła się do leczenia zapóźno. O ile porażenie trwa dłużej niż trzy tygodnie, to leczenie Omnadiną nie da wyraźnego wyniku. Próbne stosowanie innych przetworów mlecznych i białkowych, nie dało podobnych wyników.

Dr Neuhann, okulista,
(Ther. Ber. 1939, zesz. 10)

Betaxina w spondylozie.

U 63-letniej chorej z dość ciężką spondylozą (M. Bechterewa z rozległym wytworzeniem mostków kostnych), 12 wstrzyknięć

Betaxin forte zupełnie usunęło stałe i gwałtowne bóle, z powodu których od kilku miesięcy leżała w łóżku. Chora prowadzi od około roku swoje gospodarstwo i robi spacery, trwające do 2 godzin. Przy powtórnym wystąpieniu bólów wstrzyknięto 3 × w odstępach tygodniowych po 1 amp. Betaxin forte, usuwając bóle w zupełności. U 40-letniego urzędnika policji, który z powodu wzmagających się bólów, wywołanych średnią spondylozą, miał przejść na emeryturę, uzyskano tym samym sposobem leczenia bardzo dobre wyniki. Chory odzyskał zdolność do pracy.

Dr Tiedje, Hanower-Döhren.

(Ther. Ber. 1938 zesz. 6)

Prontosil w posoczniczych schorzeniach górnych dróg oddechowych.

Chorym z zapalnym obrzękiem krtani podano 3× po dwie tabletki Prontosilu; po 4 dniach gorączka ustąpiła, a obrzęk znikł. Chory z ropowicą krtani otrzymał po tracheotomii codziennie 3×po 2 tabletki Prontosilu; gorączka ustąpiła czwartego dnia. Innemu choremu z ropowicą krtani podawanie Prontosilu nie pomogło. Czterech chorych z ropowicą okołomigdałkową i obrzękiem krtani, wyleczono Prontosilem stosowanym domięśniowo i doustnie). Piąty chory z objawami ciężkiego posoczniczego stanu zgłosił się do leczenia za późno. Chory 70-letni z ropowicą pozagardłową oraz obrzękiem krtani, otrzymywał 3×dziennie po 2, a 61-letnia kobieta 3×po 1 tabletce Prontosilu. Cofnięcie się zapalenia i spadek gorączki wystąpiły po 4, względnie po 8 dniach. U 40-letniego chorego z wrzodziejącym zapaleniem gruczołów szyjnych i obrzękiem krtani, występuje po nacięciu gruczołów obrzęk i gorączka. Po podaniu 1 tabletki Prontosilu stwierdza się rankiem następnego dnia poprawę stanu. Przy ropowicy szyi, wywołanej połknięciem kawałka kości, stosowanie Prontosilu nie pomogło. Dwie kobiety chore na różę wyleczono Prontosilem w przeciągu 4 dni.

Dr T. v. Bajkay, Klinika Laryngologiczna, Budapeszt.

(Orvosi Hetilap 1938, Nr. 3)

Salyrgan u staruszki.

Autor stosował z bardzo dobrym wynikiem Salyrgan przy leczeniu 78-letniej chorej z ciężkimi objawami zastoju, wywołanych niewyrównaniem (ciśnienie krwi 220 mm Hg). Autor nie spostrzegał dotychczas żadnych powikłań, chociaż dobowa ilość moczu wynosiła od 4—5 litrów. Salyrgan stosował dożylnie, łącznie ze strofantyną, oraz domięśniowo. Zauważył, że chociaż pierwszy sposób podawania dał szybszy wynik, to skutek był jednakowy. Autor jest zdania, że w ciężkich przypadkach Salyrgan można podawać bez obawy co drugi dzień, nie narażając chorego na niebezpieczeństwo.

Dr Brill, Alsfeld.

(Ther. Ber. 1938 zesz. 6)

Sprue, pochodzenia nie podzwrotnikowego.

U chorego, 26-letniego wieśniaka z objawami sprue, (rozwolnienie naprzemian z zaparciem, tłuszczowe stolce, krwawienia, niedokrwistość, zmiany psychiczne, brak sił, wychudnięcie, zapalenie jamy ustnej) osiągnięto dobry wynik leczeniem przetworami wątrobowymi (Campolon), przetaczaniem krwi i Cantanem (witamina C). Objawy ustąpiły, obraz krwi poprawił się, gdyż stwierdzono podwyżkę c. cz. z 1,3 na 4,3 miljony, a zawartości hemoglobiny z 20 na 70%.

Dr C. A. Hernberg,

Klinika Chor. Wewn., Helsingfors.

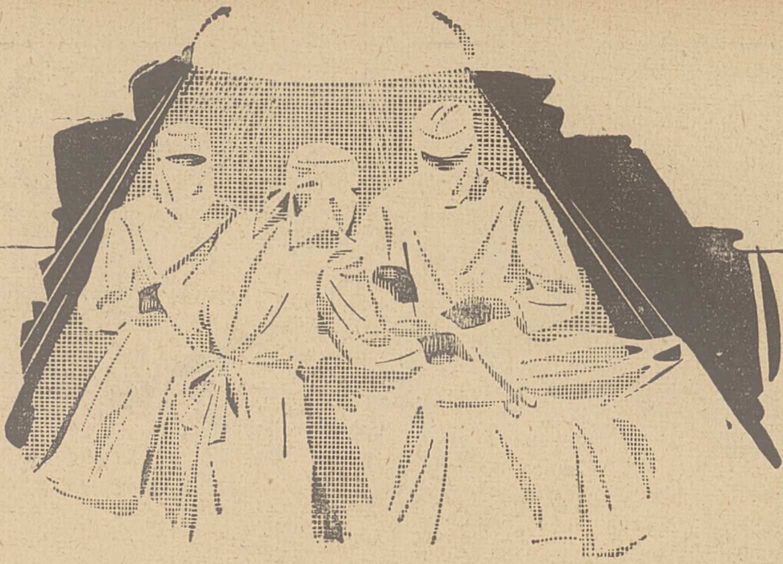
(Finska Läkaresällsk. Handl. 1937, Nr. 11)

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Handlowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka 6





Podstawowe znaczenie w leczeniu ran zdobył

RIVANOL

chemoterapeutyczny środek odkażający.

Rivanol charakteryzują trzy ważne zalety: Silne działanie bakteriobójcze, bodźcowe przyspieszanie procesu gojenia, nieszkodliwość dla tkanek

OP. ORYG.:

tabletki	20	szt. po	0,1	g	. . . .	zł	5.25
„	200	„ „	0,1	„	op. klin.	„	40.—
„	10	„ „	1,0	„	. . . .	„	20.25

BAYER